4.

Die Myomoperationen

der Universitäts-Frauenklinik der Kgl. Charité aus den Jahren 1904—1908.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich Wilhelms-Universität zu Berlin

eingereicht von

Wilhelm Thau

approb. Arzt aus Ziegenhals (Kreis Neiße)

Unterarzt beim 4. Schlesischen Infanterie-Regiment No. 157.

Tag der Promotion: 18. Februar 1910.

Bernau 1910.

Druckerei von E. Grüner.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Bumm.

Meinen lieben Eltern.

Die Myomoperationen an der Universitäts-Frauenklinik der Charité aus den Jahren 1904/1908.

Während man sich auf Grund eingehender Nachuntersuchungen durchaus darüber im Klaren ist, daß die radikalen Myomoperationen gegenüber den konservativen Methoden die besten Dauererfolge ergeben, scheint die Frage, ob es besser sei, bei der Entfernung des myomatösen Uterus total zu exstirpieren oder supravaginal zu amputieren, noch nicht entschieden zu sein. Das zeigt uns wiederum eine Diskussion welche sich in der Sitzung der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie zu Berlin, am 8. Februar 1907, an einen Vortrag von Czempin über die Frage der Myomoperationen anschloß.

Interessant war insbesondere, daß Bumm und Olshausen einen wesentlich verschiedenen Standpunkt insofern vertraten, als jener der Totalexstirpation, dieser der supravaginalen Amputation das Wort redete. Bumm war der Ansicht, daß die Zurücklassung eines Stumpfes schlechtere Wundverhältnisse schaffe, leichter nachträgliche Entzündungsprozesse entstehen könnten, der Heilungsverlauf ein weniger glatter sei, als wenn man nur bindegewebige Wunden zurückließe. Würde die Cervix radikal entfernt, so bliebe ein Wundtrichter zurück, der, durch Naht verkleinert, auch da, wo eine septische Infektion erfolge, mit seinem nach der Scheide zu offenen Abfluß die gefährliche Stauung der infektiösen Sekrete vermeiden würde.

Olshausen behauptete, daß die Wundverhältnisse bei der amputatio supravaginalis gleichfalls reine wären, eine Drainage also überflüssig sei, wenn man, wie er, den Stumpf völlig mit Peritoneum bedecke. Auch Winter sei ein Anhänger der supravaginalen Amputation geblieben.

Die folgende Zusammenstellung soll uns zeigen, daß die Totalexstirpation des myomatösen Uterus durch einen erfahrenen Operateur, abdominal oder vaginal ausgeführt, in der Tat brillante Resultate liefert.

Von den zur Verfügung stehenden 116 Myomoperationen sind 56 abdominale, 44 vaginale Totalexstirpationen. Für die Entscheidung, ob die Totalexstirpation von der Vagina oder der eröffneten Bauchhöhle aus gemacht werden sollte, war lediglich die Zugänglichkeit der Geschwulst maßgebend. Erschien das Gebiet übersichtlich, garantierten die Verhältnisse eine exakte, rasche Ausführung der Operation, so ging man vaginal vor. Der Shock ist geringer, das Allgemeinbefinden besser. Im entgegengesetzten Falle eröffnete man die Abdominalhöhle und entfernte die Geschwulst von oben her.

I. Abdominale Totalexstirpationen.

1) 43 j. II. para (2 Aborte).

Indikation: Starke Blutungen aus der Vagina; die pilzförmige Portio setzt sich nach oben in einen kindskopfgroßen, leicht beweglichen Tumor fort, der auch schon von aussen bei Besichtigung der Bauchdecken auffällt.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm) Bauchschnitt. Der myomatöse Uterus ist in seiner hinteren Fläche mit dem S. romanum und den Beckenwandungen durch bindegewebige Stränge verwachsen. Nach Lösung derselben werden die Spermatikalgefässe und das lig. latum abgeklemmt. Das linke Ovarium und die beiden Tuben werden entfernt. Bei Lösung der Blase von der vorderen Cervixwand wird dieselbe verletzt.

btrennung der Uteringefässe, Durchtrennung der Vagina im cheidengewölbe. Totalexstirpation der Uterus. Versorgung er abgeklemmten Teile. Umsäumung der Scheide, Verähung der Blase durch zweifache Etagennaht. Vollkommene ereinigung des Peritoneums, indem das Blasenperitoneum nit dem Peritoneum der rechten Beckenwand und teilweise uch mit dem S. romanum vereinigt wird. Vollkommener bschluss der Bauchhöhle nach der Scheide hin. Schluss der Bauchwunde, Scheidentamponade.

Fieberfreier Heilungsverlauf; am 37. Tage geheilt entlassen.

2) 40 j. virgo.

Indikation: Heftige und andauernde Schmerzen im Unterleib.

Operation: (Herr Geh. R. Bumm.) Nach Eröffnung der Bauchöhle durch einen bis über den Nabel reichenden Schnitt wird ein manneskopfgroßer, myomatöser Uterus entwickelt, von dessen hinterer und seitlicher Fläche sich ein großes subseröses Myom vollkommen intraligamentär in den Douglas entwickelt hat. Adnexe beiderseits in derbe Adhäsionen eingebettet. Flexura sigmoidea ist fest mit dem Myom verwachsen. Scharfe Lösung mit der Schere. Nach Spaltung der lig. lata und Abpräparation der hochgezogenen Blase wird das Myom vor die Bauchdecken gebracht und sammt den Adnexen exstirpiert. Die entstandenen grossen Wundhöhlen werden durch die Naht zum größten Teil geschlossen und mit den Resten des Peritoneum übersäumt. Die Blutstillung macht Schwierigkeiten. Schluss der Bauchwunde durch dreifache Etagennaht, Scheidentamponade.

Patientin, dauernd fieberfrei, wird am 44. Tage geheilt entlassen.

3) 48 j. nullipara

Indikation: Seit Jahren verliert Pat. gelblich-weisse „Fleischstücke“ und hat unregelmässige, langdauernde Blutungen. Starkes Brennen im Unterleib. Aus dem kleinen Becken steigt ein Tumor herauf, welcher seiner Grösse nach

einem im 7. Monat schwangeren Uterus entspricht. An Stelle der hinteren Muttermundslippe fühlt man einen grossen, länglichen, ziemlich derben Tumor, von dem sich der Uterus nicht abgrenzen läßt.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Nach Ausspülung der Scheide wird die in der Vagina liegende grosse Geschwulst zerstückelt und abgetragen. Darnach gründliche Desinfektion der Scheide mit Alkohol und Sublimat, Ausstopfung der Vagina mit in essigsaure Tonerde getauchten Tampons. In Beckenhochlagerung alsdann medianer Bauchschnitt. Entwicklung der Geschwulst. Beide Tuben sind hydropisch. Abklemmung und Durchschneidung der Ligamente rechts und links. Sodann werden nach abwärts die Uteringefässe der Reihe nach abgeklemmt und die Geschwulstmassen aus ihrer Verbindung mit der Vagina gelöst und abgetragen. Umstechung und Unterbindung sämtlicher abgetrennten Teile. Bei der Abklemmung der rechten Adnexe entleert sich gelbgrüner Eiter, der bei der miskroskopischen Untersuchung Streptokokken aufweist.

Am 3. Tage exitus letalis infolge allgemeiner Sepris.

Sektionsprotokoll: Zwischen den Wundrändern der Laparotomiewunde quillt eine rötlich gefärbte, eitrig-rahmige Flüssigkeit heraus. Die Bauchmuskulatur ist durch eine 2 cm tiefe Naht ebenfalls genäht und zwischen der äusseren und dieser Muskelnaht befindet sich ein Hohlraum, der mit Eiter gefüllt ist. Die Muskeln selbst sind eitrig durchsetzt. Diese eitrige Infiltration, welche vor allen Dingen auch ausser dem Peritoneum zu beobachten ist, reicht bis zur Gegend der Symphyse. Im kleinen Becken schließt sich seitlich davon, von der lina e inominata der einen Seite hinüber zu der anderen Seite eine Catgutnaht, welche vor der hinteren Wand der Blase verläuft, deren Ränder beim Hochziehen der Blase klaffen und aus welchen reichlich dicker rahmiger Eiter herausfließt. Im kleinen Becken selbst finden sich einige Eßlöffel eitrige Flüssigkeit. Das peritoneum parietale, sowie

Serosa der Därme sind mit mehr oder weniger reichlichen, ten, grauen Auflagerungen und punktförmigen Blutungen rsehen. Nach Durchtrennung der Naht des Peritoneum im inen Becken gelangt man in den Stumpf der Scheide, den umpf der lig. lata und rotunda, welche fest mit einander rknotet sind und subperitoneal liegen. Milz vergrößert, von vas weicher Konsistenz; Nieren schlaff, trübe. Beiderseitige na spermatica durch feste Gerinnsel, welche teilweise eine utliche Riffelung zeigen, prall ausgefüllt, die rechte fast r. Im Magen mehrere treppenförmige, linsengroße Geschwüre. Herz schlaff, trübe. Beide Lungen hypr eämisch, ematös. In den fibrinösen Auflagerungen und in dem ter des kleinen Beckens: Streptokokken.

Diagnose: Sepsis. Peritonitis fibrinosa purulenta haemoragia. Pyosalpinx dextra. Nephritis parenchymatosa, Myorditis parenchymatosa. Bronchitis chronica dextra. Hypermie und Oedem der Lungen.

4) 42j. I para (5 Aborte).

Indikation: Unregelmäßige, starke Blutungen. Kreuz- und eibschmerzen. Vom rechten Scheidengewölbe aus fühlt man nen faustgroßen, vom Uterus nicht abgrenzbaren Tumor.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Medianschnitt Es wird erst links, dann rechts die Abklemmung und Durchschneidung e ligamenta vorgenommen, dann die Blase gelöst und das heidengewölbe vorn durchschnitten. Von hieraus wird nun r Uterus ringsum von der Scheide getrennt; es werden hließlich die untersten Partien der lig. lata abgeklemmt und urchschnitten, der Uterus herausgenommen. Unterbindung mtlicher Klemmen. Umsäumung der Scheide. Schluß des auchfelles. Der Uterus zeigt auf der Vorderfläche ein taubengroßes subseröses Myom. Der hintere Douglas ist durch hronische Prozesse aufgehoben. Verlötung des Uterus mit em Rektum. Hydrosalpinx rechts und links. Das linke varium ist hühnereigroß und enthält blutige, seröse Flüssigkeit,

das rechte ist annähernd normal. Nach längerem Fieber und vorübergehenden Schmerzen am 52. Tage geheilt entlassen.

5) 45 j. II para.

Indikation: Gelblicher Ausfluß. Schmerzen beim Stuhlgang, Urindrang. Kindskopfgroßer Tumor, der größtenteils im Douglas liegt, sich nach beiden Seiten scheinbar intraligamentär entwickelt und überall vom Becken abgrenzbar ist. Der mit Höckern besetzte Tumor ist nur beschränkt beweglich.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Bauchschnitt. Kindskopfgroßer Tumor, der leicht vor den Bauchdecken entwickelt werden kann, Abklemmung der rechten und linken Adnexe, nur das linke Ovarium bleibt zurück. Durchschneidung des Peritoneums vor und hinter der Cervix. Abtrennung der Blase. Abklemmung der Uteringefäßstumpfe, Abtragung der Cervix von der Scheide her. Unterbindung der Klemmen. Schluß der Peritoneums über dem Stumpf. Schluß der Bauchhöhle. Vorübergehendes Erbrechen, kleines Infiltrat an der Scheidenwunde, am 21. Tage geheilt entlassen.

6) 39 j. nullipara.

Indikation: Harndrang, geringe Menstruationsbeschwerden. Man sieht und fühlt einen kindskopfgroßen Tumor, der beweglich und nicht druckempfindlich ist.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Links bleibt das Ovarium zurück. Abklemmung der lig. lata und rotunda. Durchtrennung des Peritoneums vorn oberhalb der Blase vom lig. rot. der einen bis zu dem der anderen Seite. Durchtrennung des Peritoneums der Douglas'schen Falten hinter dem Uterus. Abschieben desselben. Abtrennen des Uterus vor der Scheide und der Blase. Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes. Loslösen der Blase vom Scheidengewölbe und vom lig. latum der rechten Seite. Uterus wird entfernt. Unterbindung der abgeklemmten Partien. Umstechung der Vaginalschleimheit und quere Peritonealnaht über dem Wundtrichter, wobei das Peritoneum von vorn und hinten durch fortlaufende Catgutnaht exakt vereinigt wird. Das linke

rium bleibt zurück, Fieberfrei. Am 20. Tage geheilt
assen.

7) 43 j. nullipara.

Indikation: Leib aufgetrieben und schmerzhaft. Men-
ationsbeschwerden. Die pilzförmige Portio geht in einen
außen fühlbaren Tumor über, der kindskopfgroß und gut
eglich ist.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Es präsentiert sich
submuköses Myom des Uteruskörpers. Die rechten Adnexe
l in einen faustgroßen, derben, cystischen Ovarialtumor
gewandelt, an dem die fingerdicke Tube sitzt. Zwischen
mmen werden die Spermatikalgefäße und die lig. rotunda
chschnitten. Hierauf werden auf der linken Seite die eben-
s cystisch veränderten Tuben und Ovarien zwischen
mmen durchschnitten, wobei ein mit der Flexur verwachsener
l der Cystenwand zurückbleibt. Losschälung der Blase
l des hinteren Peritoneums, wo gleichfalls Verwachsungen
tehen. Ligatur der bd. A. uterinae Eröffnung der Scheide
l Entfernung des gesamten Uterus. Über dem Vaginal-
mpf wird das Blasenperitoneum mit dem Peritoneum des
uglas vereinigt. Schluß der Bauchhöhle.

Fieberfreier Krankheitsverlauf. Am 23. Tage geheilt ent-
sen.

8) 36 j. IV para.

Andauernde Blutungen. Oberhalb des Cervikalkanales
ließt sich unmittelbar ein ziemlich harter Tumor an, der
Größe einer Mannesfaust besitzt. Hinter diesem Tumor
zt ein zweiter im kleinen Becken, nicht von ihm abgrenzbar,
r sich cystisch anfühlt.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Nach Eröffnung der
uchhöhle präsentiert sich ein kindskopfgroßer, weicher
mor, der myomatöse Uterus. Der im kleinen Becken ge-
hlte cystische Tumor entspricht einer Gravidität. Ligatur
r A. spermaticae beiderseits. Abtragung der Adnexe durch
klemmung der lig. lala bis zum Uterus hin. Loslösung der

Blase und des Peritoneums im Douglas. Eröffnung des Scheidengewölbes und Abtragung des Uterus. Umsäumung der Scheide und Vernähen des Peritonealschlitzes. Schluß der Bauchhöhle.

Fieberfreier Verlauf. Am 25. Tage geheilt entlassen.

9) 47j. III para (3 Aborte).

Indikation: Langdauernde Blutungen. Uterus unregelmäßig, höckrig.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Nach vergeblichen Versuchen, die Operation vaginal auszuführen, geht man zur Laparotomie über. Der fundus ist überall mit Netz verwachsen, an der linken Seitenkante hängt außerdem der Darm in ziemlich breiter Ausdehnung so fest am Uterus, daß er mit der Schere gelöst werden muß. Appendices epiploicae, Peritoneum müssen verschiedentlich stumpf abpräpariert werden. Das linke Ovarium wird mit Mühe aus einer großen Gewebsmasse herausgeschält. Jetzt können die lig. lata abgeklemmt und der fundus freigemacht werden. Der Uterus wird exstirpiert. Unterbindung der abgeklemmten Partien. Vernähung der Scheide. Das Peritoneum der Blase wird mit dem Peritoneum des Douglas'schen Raumes fortlaufend vernäht und die große Wundhöhle im Becken geschlossen. Ein Serosadefekt am Mastdarm wird durch Catgutknopfnähte verschlossen. Vorübergehende Blähungen, fieberfreier Verlauf. Am 25. Tage geheilt entlassen.

10) 42j. nullipara.

Indikation: Auftreten von Luftmangel. Schmerzen, besonders während der Menses. Abdomen durch einen kugeligen, handbreit über den Nabel reichenden Tumor aufgetrieben. Portio, klein und atrophisch, läßt sich von dem gedachten Tumor nicht abziehen.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Laparotomieschnitt. Das Myom ist hinten allseitig durch dünne Adhäsionen mit dem Darm verwachsen, die stumpf getrennt werden. Abbindung der A. spermaticae beiderseits, Abklemmung der A. ute-

e. Eröffnung der Scheide, Abtragung des Uterus.

Patientin muß wegen Erregungszuständen nach der psytrischen Klinik verlegt werden.

11) 40j. VIII para.

Indikation: Drängen und Brennen im Unterleib. Die tio setzt sich in einen Tumor fort, der bis dicht unter den el und seitlich fast bis an die Beckenwand reicht.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Bauchschnitt. Herauszen des Myoms und Ligatur der A. spermaticae. Abtrennen Blase, Durchschneidung des Peritoneums, Abbinden der rotunda. Durchschneidung des hinteren Peritoneums, bei auf der linken Seite der durch das Myom stark nach n verlagerte Ureter in einem drittel seines Umfanges vert wird. Eröffnung der Scheide, Abklemmung der Uterinae l Abtragung des Myoms. Umsäumung der Scheide. Der eter wird etwas unterhalb der verletzten Stelle abgeschnitten, Blase seitlich eröffnet und zur Vermeidung der Spannung das parietale Peritoneum der linken Beckenwand mit nen Nähten angeheftet. Der Ureter wird mit einem Catfaden durchstochen, der Faden in eine in der Blase belliche Kornzange gelegt und durch Blase und Urethra nach ßen gezogen, so daß etwa ein 1 cm langes Ureterstück in Blase hineinragt. Die Blase wird ringsum mit dem Ureter näht. Schluß des Peritoneums und der Bauchhöhe.

Urin anfangs blutig und übelriechend. Am 30 Tage geilt entlassen.

12) 52j. IV para.

Indikation: Starke Blutungen. Im Abdomen ein mannspfgroßer Tumor, der vom kleinen Becken bis über den bel reicht. Die Portio geht in ihn über, nimmt aber an ner Beweglichkeit nicht teil.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Typische abdominale talexstirpation des myonatösen Uterus.

Fieberfreier Heilungsverlauf. Am 23. Tage geheilt entssen.

13) 48j. IV para.

Indikation: Ziehende Schmerzen nach dem Essen und während der Menstruation. Oberhalb der Portio fühlt man einen kindskopfgroßen, beweglichen, ziemlich festen Tumor.

Operation: (Herr Dr. Hocheisen.) Typische abdominale Totalexstirpation des myomatösen Uterus und beider Adnexe.

Vorübergehendes Erbrechen; die Wunde entleert anfangs auf Druck fettig degenerierte Massen. Am 52. Tage geheilt entlassen.

14) 50j. VII para.

Indikation: Schmerzen, starke Blutungen. Der Uterus geht in einen kindskopfgroßen, glatten, in seiner Konsistenz wechselnden Tumor über, der sich nach den Parametrien hin nicht gut abgrenzen läßt.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Der Tumor besteht aus dem Uterus und subserös entwickelten, das kleine Becken zum Teil ausfüllenden Massen. Durchtrennung der vorderen Peritonealfalte und Abschieben des Peritoneums von der Blase. Abklemmung und Ligatur der Spermatikalgefäße. Abschieben und Abklemmen der lig. lata. Abschieben des Peritoneums hinten. Eröffnung und Abtrennung der Scheide. Entfernung des Tumors. Verschluß des parietalen Peritoneums über dem Tumorbett nach vorheriger Umsäumung der Scheide. Schluß der Bauchwunde.

Wegen melancholischer Verstimmung nach der psychiatrischen Klinik verlegt.

15) 49j. I para.

Indikation: Druck auf die Blase, Blutungen, Kreuzschmerzen. Der Uterus ist durch einen kindskopfgroßen, bis zur Mitte zwischen Symphyse und Nabel reichenden, festen Tumor nach abwärts gedrängt.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Loslösung des Uterus von etlichen Darmadhäsionen. Unterbindung der Spermatikalgefäße, Durchtrennung der lig. rotunda und des Peritoneums. Unterbindung der uterinae. Abschieben der Blase. Freilege

der Ureteren. Durchtrennung der breiten Mutterbänder. Eröffnung der Scheide. Entfernung des Uterus und seine Adnexe. Vernähung der Stümpfe in das Peritoneum. Schluß derselben und der Bauchwunde.

Spannung im Leib; sonst fieberfreier Verlauf. Am 18. Tage geheilt entlassen.

16) 47 j. virgo.

Indikation: Schmerzen im Unterleib und Kreuz. Sehr starke Periode, Schwäche, Ohnmachten. Von der Portio, die sich knollig anfühlt, nimmt ein harter Tumor seinen Ursprung, der bis handbreit über die Symphyse reicht.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Das Myom ist nirgends verwachsen. Unterbindung und Durchtrennung der lig. infundibula, Spaltung des Peritoneums vorn und hinten. Beiderseits Abklemmen der Uteringefäße und des paravaginalen Gewebes. Abtragung im Bereiche des Vaginalansatzes, Umstechung des vaginalen Stumpfes. Schluß des parietalen Peritoneums.

Fieberfrei. Am 22. Tage geheilt entlassen.

17) 47 j. VI para (1 Abort).

Indikation: Schmerzen in der Unterbauchgegend. Die flache Portio geht in einen rechtshin von der Vagina aus fühlbaren, apfelgroßen harten Tumor über. Diesem sitzt ein mannskopfgroßer, harter Knollen auf, welcher bis in das rechte Hypogastrium hinaufreicht.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Es präsentiert sich ein intraligamentär entwickeltes, subseröses Myom. Der Uterus selbst ist groß, knollig und nach links verdrängt. Abbindung der Spermatikalgefäße und der lig. rotunda. Durchtrennung des Peritoneums vorn und hinten. Ausschälen des Tumors und des Uterus. Unterbindung der uterinae beiderseits. Abtragen der Vagina dicht an der Portio, Umstechung des Vaginalrohres, Abdecken mit Peritoneum durch fortlaufende Catgutnaht. Schluß der Bauchdecken in 4 Etagen.

Kopfschmerzen, fieberfreier Verlauf. Am 58. Tage geheilt entlassen.

18) 47 j. nullipara.

Indikation: Anschwellen des Unterleibes. Die flache Portio sitzt direkt auf einem kugeligen, harten Knollen von der Größe eines Kindskopfes, welcher die linke Hälfte des kleinen Beckens einnimmt. Dieser Tumor bildet mit 4 anderen Knollen eine gemeinsame harte Masse, die bis dicht unter den Nabel reicht.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Der Hauptknollen geht vom fundus aus und ist mit mehreren walnußgroßen Knötchen besetzt. Nach Unterbindung der vasa spermatica und der lig. rotunda, welche beiderseits unterhalb der Tumoren, rechts tiefer als links, entlangziehen, wird das Peritoneum vorn und hinten quer abgetrennt und im übrigen die Totalexstirpation in typischer Weise zu Ende geführt.

Fieberfreier Verlauf. Am 20. Tage geheilt entlassen.

19) 35 j. virgo.

Indikation: Starke Blutverluste bei der Menstruation. Uterus stark antevertiert, sein corpus in einen Tumor von der Größe eines im 3. Monat graviden Uterus verwandelt. In der Cervix finden sich harte Buckel.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Kindskopfgroßes Myom, das sich schwer aus dem Becken herausheben läßt. Unterbindung der lig. infundibula links. Weitere Lostrennung der Uterus beiderseits. Abklemmung beider Ovarialgefäße, rechts vor dem Ovarium. Spaltung des Peritoneums. Zurückziehen der Blase. Spaltung des hinteren Peritoneums. Abklemmen und Abbinden der Uteringefäße. Abtragen des ganzen Uterus mit ca. 1 cm Vagina. Umstechung derselben. Ablösen der Klemmen durch Ligaturen. Versorgung der Beckenwunde und Abdeckung derselben durch quere Peritonealnaht. Schluß der Bauchwunde.

Krampfartig auftretende Magenschmerzen. Wegen Muskellähmungen nach der Nervenklinik verlegt.

20) 49 j. IV para (1 Abort).

Indikation: Ständige, leichte Blutungen mit brennenden chmerzen. Die Cervix geht in einen rundlichen prall-lastischen Tumor über, welcher mäßig beweglich ist und bis ı die Mitte zwischen Nabel und Schwertfortsatz hinaufreicht.

Operation: (Herr Dr. von Bardeleben.) Es wird ein ugelmyom des fundus in der Grösse eines Uterus am Ende er Gravidität hervorgewälzt. Abklemmen und Unterbinden er ligamenta infundibulo-pelvica und rotunda beiderseits. Veiterhin typische Totalexstripation. Der Uteruskörper ist ı einen mannskopfgroßen Tumor von weicher, fluktuierender onsistenz verwandelt.

Leichte Temperatursteigerungen. Vereitelter Suicidver-uch, Verlegung nach der psychiatrischen Klinik.

21) 42 j. I para.

Indikation: Ziehende Schmerzen, sehr starke Periode.)ie Portio geht in einen gut beweglichen, mannskopfgroßen, is zur Nabelhöhe hinaufreichender Tumor von harter Kon-istenz und glatter Oberfläche über.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Bauchschnitt. Ab-lemmen und Durchschneidung der Adnexe. Durchtrennen es Peritoneums an der Vorderseite des Uterus, Wegschieben er Blase, Durchtrennen des Peritoneums hinten. Abschieben es Darmes. Abklemmung und Durchtrennung der Ligamente nd der Parametrien. Durchtrennung der Scheide. Heraus-ahme des Tumors und der Uterus. Umsäumung der Scheide. Jberdeckung der Wundfläche mit Peritoneum.

Anfangs Schlaflosigkeit, fieberfreier Verlauf, am 21. Tage eheilt entlassen.

22) 49 j. II para.

Indikation: Reichliche Blutverluste bei der Menstruation. Jterus erscheint in toto vergrössert und reicht bis handbreit iber die Symphyse.

Operation: (Herr Dr. Liepmann.) Kindskopfgroßes Kugel-nyom. Abklemmen und Unterbinden der Adnexe, der liga-

menta rotunda und lata. Belassen der Adnexe in abdomine. Abschieben der Blase. Eröffnung der desinfizierten Scheide. Beim Abschieben des hinteren Douglas-Peritoneums stößt man wegen vorhandener Verwachsungen auf so grosse Schwierigkeiten, daß der Uterus zuerst supravaginal amputiert und dann erst der Stumpf, von der Scheide beginnend, ausgelöst wird. Umstechung des Scheidenwundrandes in üblicher Weise. Vereinigung des vorderen und hinteren Douglas-Peritoneums mit fortlaufender Naht.

Fieberfreier Heilungsverlauf. Am 35. Tage geheilt entlassen.

23) 39j. I para.

Indikation: Menstruation mit erheblichen Schmerzen verknüpft. Uterus von harter Konsistenz, gut beweglich und 6 bis 7 Mal grösser, als es der Norm entsprechen würde.

Operation: (Herr Dr. Liepmann.) Hervorwälzen des myomatösen Uterus, der so groß wie ein vollreifer schwangerer Uterus ist, kugelige Gestalt zeigt und an seiner Seite einen breitblasig aufsitzenden ovoiden Tumor trägt. Beide Tumoren sind prall-elastisch. Systematisches Abklemmen der auf daumendicke, erweiterten Spermatikalgefäße und der ligamenta rotunda. Abschieben der Blase vorn, des Douglas-Peritoneums hinten. Schichtweises Unterbinden und Durchtrennen der starken im lig. latum liegenden Venenplexus. Eröffnung der Scheide auf der Zange, Durchschneiden der vorderen und hinteren Wand. Isoliertes Unterbinden der uterinae beiderseits. Tumor heraus. Die beiden Adnexe werden gleichfalls exstirpiert. Versorgen des Scheidenwundrandes, der noch nicht unterbundenen Gefässe. Vernähen des vorderen und hinteren Peritoneums.

Fieberfrei: Am 21. Tage geheilt entlassen.

24) 49j. III para.

Indikation: Starke Menstruation, große Mattigkeit. Der Uterus von Kindskopfgröße ist durch zahlreiche größere und kleinere harte Knoten unregelmäßig gestaltet; er ist beweglich.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Nach Eröffnung der auchhöhle zeigt sich, daß die Adnexe beiderseits adhärent ind, die Tuben hydropisch verändert. Typische Total-xstirpation des Uterus mit dem subserösen Myom und den dnexen.

Fieberfreier Heilungsverlauf. Am 23. Tage geheilt ent-ssen.

25) 54j. IV para (2 Aborte).

Indikation: Starke Blutungen. Dem Uterus sitzt rechts in hühnereigroßer Tumor auf, der mit dem Uterus zusammen ut beweglich ist.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) In der Beckenhöhle eigt sich ein faustgroßer Uterus mit mehrfachen Höckern m fundus, welche durch die Oberfläche durchscheinen. Die echte Adnexseite wird lateral von dem Ovarium abgeklemmt nd durchtrennt. Ablösung der Blase und Durchtrennung ler Uteringefäße beiderseits. Eröffnung der Scheide vorn, Exstirpation der Uterus. Versorgung der Wunde, Schluß der Bauchhöhle.

Fieberfrei. Am 22. Tage geheilt entlassen.

26) 48j. virgo.

Indikation: Magenbeschwerden, erschwerter Stuhlgang. In Nabelhöhe fühlt man einen harten knolligen Tumor, der nicht druckempfindlich ist. Der Douglas ist gleichfalls mit einem prallen Tumor ausgefüllt, in dessen vorderen Teil die Portio übergeht. Dieser und der von außen gefühlte Tumor stehen miteinander in Zusammenhang und lassen sich in toto ein wenig verschieben.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Der Tumor ist subserös und hat die Blase bis zur halben Höhe des Nabels emporgehoben. Die Spermatikalgefäße werden beiderseits abgetrennt und durchschnitten. Dasselbe geschieht mit den Uteringefäßen. Loslösen der Portio aus der Scheide. Umstechung der Scheide. Unterbindung sämtlicher Stümpfe. Das Peritoneum wird quer durch eine fortlaufende Naht geschlossen.

Fierberfrei. Am 25. Tage geheilt entlassen.

27) 48j. I para (1 Abort).

Indikation: Sehr starke Blutungen. Stuhlbeschwerden. Beim Husten und Niesen geht Urin spontan ab. Die Portio geht in einen kindskopfgroßen, harten, verschieblichen, nicht druckempfindlichen Tumor über.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man das Myom der Uterus, das mehrfach mit den Därmen verwachsen ist, und an dessen Vorderseite man gut die Spuren einer alten Ventrifixation erkennen kann. Von den damals an die Bauchwand fixierten lig. rotundis ziehen sich etwa 3 cm lange, dünne Stränge hin, die gut illustrieren, wie sich der Uterus bei dieser Art der Ventrifixation den veränderten Größenverhältnissen anzupassen in der Lage ist. Unter Zurücklassung beider Ovarien typische Totalexstirpation der Uterus.

Fieberfreier Verlauf. Am 23. Tage geheilt entlassen.

28) 45j. V para (10 Aborte).

Indikation: Luftmangel, Herzklopfen. Abdomen stark. Links unterhalb des Nabels ein faustgroßer, harter, wenig verschiebbarer Tumor. Rechts neben dem antefleektierten Uterus sitzt ein mehr als hühnereigroßer Tumor mit breitem Stiel auf.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Nach Eröffnung der Bauchhöhle wird zunächst rechts und links das Bündel der Spermatikalgefäße abgetrennt und durchschnitten, dann das Peritoneum vorn in der excavatio vesico-uterina von der einen zu der anderen Seite über dem subserös entwickelten Teil des Tumors gespalten. Dieser läßt sich zwischen Blase und Cervix ausschälen, worauf die ganze Geschwulst viel leichter beweglich wird. Es kann nunmehr nach Spaltung des Peritoneums auch der hinteren Uteruswand die Cervix blosgelegt und die Abklemmung der Basis der breiten Bänder vorgenommen worden. Hierauf wird an der vollständig mobilisierten Cervix, von der auch die Blase noch gut abgelöst wird, vorn

ıgeschnitten, die Scheide eröffnet und der Uterus in toto ›n dem Gewölbe ringsherum abgetragen. Unterbindung der ümpfe, Schluß des Peritoneums und der Bauchwunde.

Fieberfrei. Am 17. Tage mit einem Heftpflasterverband heilt entlassen.

29) 48j. III para (1 Abort).

Indikation: Unregelmäßige, starke Schmerzen und lutungen. Man fühlt einen mannskopfgroßen Tumor, der it dem Uterus zusammenhängt und mit ihm verschieblich ist.

Operation: (Herr Dr. von Bardeleben.) Beide Adnexe ıd mit dem Tumor und dem Darm verwachsen. Scharfe rennung der Adhäsionen. Unterbindung der Spermatikal-fäße und der runden Bänder. Spaltung des Peritoneum ›rn und hinten. Abbinden der Parametrien, der Uterin-fäße im besonderen. Das Rektum ist mit der Cervix breit rwachsen, muß scharf abgelöst werden und reißt dabei ein. aht des Rektum in 2 Etagen, Entfernung des Uterus und iner Adnexe. Peritonealabdeckung und Peritonealnaht. orübergehende Urin-Inkontinenz. Fieberfreier Verlauf. Am . Tage geheilt entlassen.

30) 50j. II para (1 Abort).

Indikation: Unregelmäßige Blutungen. Kreuzschmerzen esonders beim Stuhlgang, Brennen bei der Urinentleerung. er Uterus geht in eine kindskopfgroße, ziemlich harte, glatte, ındliche Geschwulst über.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Durch typische Total-xstirpation wird ein großes, hyperämisches Kugelmyom, das ı der Vorderwand der Uterus sitzt, entfernt.

Vorübergehend Katheterismus nötig. Fieberfrei. Am 27. age geheilt entlassen.

31) 50j. I para (1 Abort).

Indikation: Seit 4 Jahren sehr starke Menses, verbunden ıit Kreuz- und Unterleibsschmerzen. Stuhlgang erschwert, rin geht zum Teil willkürlich ab. Der Uterus ist kindskopf-roß, weich, mit unregelmäßigen harten Knollen besetzt.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Typische Exstirpation des Uterus und seiner Adnexe.

Fieberfreier Verlauf. Am 21. Tage geheilt entlassen.

32) 46j. nullipara (1 Abort).

Indikation: Starke Blutungen, mit Schmerzen verbunden. Uteres ist etwas vergrößert und nach rechts verdrängt durch einen ihm links und vorn, breit anliegenden harten, nicht druckempfindlichen, kaum verschieblichen Tumor, der links bis an die Beckenwand und oben bis an den Nabel reicht.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Der Uterus erscheint als kindskopfgroßer, ziemlich weicher, mit kleinen Knollen versehener Tumor. Er wird herausgewälzt und in typischer Weise exstirpiert.

Leichte Cystitis. Fieberfrei, am 20. Tage geheilt entlassen.

33) 44j. virgo.

Indikation: Periode alle 3 Wochen, verursacht heftige Schmerzen. Der Uterus befindet sich in Mittelstellung, ist unregelmäßig vergrößert und hart.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Abtrennung der linken Spermatikalgefäße, Durchtrennung der linken lig. rot. dasselbe rechts. Spalten des Peritoneum bis zur Blasenmitte. Blase und Mastdarm werden abgeschoben, die Uteringefäße beiderseits gefaßt, der Uterus aus dem Scheidengewölbe ausgelöst. Unterbindung der Klemmen. Schluß des Peritoneums und der Bauchwunde.

Kleiner Bauchdeckenabszeß, sonst fieberfreier Verlauf. Am 64. Tage geheilt entlassen.

34) 40j. I para.

Indikation: Schmerzen im Unterleib von wechselnder Stärke und Dauer. Gefühl der Schwere. Von der vorderen Uteruswand geht ein mannskopfgroßer, breit aufsitzender, nicht druckempfindlicher Tumor aus. Kleinere Knollen besonders noch nach links, fühlbar.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Die Geschwulst läßt sich leicht entwickeln und abtragen. Es werden zuerst die

it ausgezogenen ligamenta infundibulo-pelvica abgetrennt, rauf die runden Bänder durchtrennt und endlich das ritoneum über der Blase gespalten. Spaltung auch des teren Peritoneums, Vorziehen der Cervix und Fassen der eringefäße. In typischer Weise wird weiterhin der Uterus t beiden Adnexen entfernt.

Nach einer geringen Lungenaffektion fieberfreier Verlauf. n 29. Tage geheilt entlassen.

35) 30j. nullipara.

Indikation: Ein Arzt, wegen der Sterilität um Rat gefragt, llt ein Myom fest. In den unteren Partien des Abdomens hlt man eine aus dem kleinen Becken hervorkommende schwulst, deren obere Grenze etwa dem Nabel entspricht. r Uterus ist in einen mannskopfgroßen, rundlichen, gleichäßig harten Tumor verwandelt.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Gut gestieltes Myom t langen Ligamenten, die sich gut abklemmen lassen. Es rden zuerst die linken, dann die rechten Spermatikalgefäße eral von den Ovarien gefaßt und durchtrennt. Ebenso die nden Bänder. Spaltung des Peritoneums von den Durchhnittsstellen der lig. rotunda nach vorn über die Exkavation d nach hinten über den Douglas hin zur gleichen Stelle r anderen Seite. Abschieben von Blase und Rektum. Abemmung der Uteringefäße und Auslösung der Cervix aus m Scheidengewölbe. Die Gefäße werden unterbunden. hluß der Peritonealwunde durch eine quere Naht. Schluß r Bauchdecken.

Fieberfreier Verlauf. Am 20. Tage geheilt entlassen.

36) 39j: III para.

Indikation: Sehr starke Blutungen und wehenartige hmerzen während derselben. Mukosa des Cervikalkanales t verdickt und hyperämisch. Der vordere Douglas wird durch nen kindskopfgroßen, harten, stellenweise prall-elastischen umor ausgefüllt, der mit dem nicht isoliert abzutastenden teruskörper fest verbunden ist. Tumor wenig beweglich.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Typische Totalexstirpation per laparotomiam.

Fieberfrei. Am 19. Tage geheilt entlassen.

37) 43 j. nullipara.

Indikation: Seit einer Reihe von Jahren Schmerzen im Unterleib. Die zapfenförmige Portio geht in einen kugelförmigen, sehr harten, nicht druckempfindlichen, kindskopfgroßen, verschieblichen Tumor über. Der fundus uteri steht etwa in halber Nabelhöhe.

Operation: (Herrn Geh.-R. Bumm.) Typische abdominale Totalexstirpation des myomatösen Uterus. Eine Blasen-Scheidenfistel besteht. Die Urin ist klar und sauer. Die Blase kann mit 100 kcm Flüssigkeit gefüllt werden, ohne daß etwas abläuft, darüber hinaus langsames Abträufeln.

Am 46. Tage nach fieberfreiem Verlauf geheilt entlassen.

38) 41 j. II para.

Indikation: Unregelmäßige, zum Teil recht starke Blutungen, wehenartige Schmerzen und Kreuzschmerzen. Zwischen Symphyse und Cervixwand fühlt man einen derben Tumor. Der Uterus selbst ist vergrößert und von diesem Tumor nach hinten verdrängt.

Operation: (Herr Dr. Boßler.) Es liegt das außerordentlich fettreiche, teils mit den Bauchdecken, teils mit dem Uterus verwachsene Netz vor. Die Verwachsungen werden abgebunden und durchtrennt. Nachdem die Därme nach oben zurückgedrängt sind, zeigt sich der faustgroße, nach der Scheide zu breiter werdende, mit mehreren walnußgroßen Knoten besetzte myomatöse Uterus, außerordentlich tief im kleinen Becken sitzend. An der Hinterseite, wo er flächenförmig mit dem Douglas verwachsen ist, wird er teils scharf, teils stumpf losgelöst. Auf der Vorderseite muß die flache und dünn ausgezogene Blase gleichfalls aus ihren Verwachsungen mit dem Uterus gelöst werden. Die rechten Adnexe sind normal und werden in Abdomine belassen. Die linken Adnexe, in feste bindegewebige Schwarten eingebettet und mit dem S-romanum

rwachsen, werden losgelöst und entfernt. Durchtrennung s Peritoneums bis zur Vereinigung der beiderseitigen Schnitthrung. Eröffnung und Abtragung der Scheide. Umsäumung s Randes. Schluß des Peritoneums; es muß hierbei zum bschluß der Bauchhöhle nach unten zum Teil das sehr ichlich vorhandene Fett der Därme und des Mesenteriums rangezogen werden. Schluß der Bauchwunde und Scheidenmponade.

Sanguinolentes Erbrechen, geringe Cystitis. Am 25. Tage heilt entlassen, während der Genesung leichte Temperatureigungen.

39) 54 j. V para (1 Abort).

Indikation: Dauernde Blutungen. Uterus stark vergrößert. ie Größenzunahme scheint durch ein aus den geöffneten ervix hervorragendes, teils submukös, teils interstitiell entickeltes Myom bedingt zu sein. Linkerseits scheint sich auch die Parametrien hinein ein Myomknoten entwickelt zu haben.

Operation: (Herr Dr. Liebmann.) Mit Rücksicht auf die ıbmuköse Entwicklung des einen Myomknotens, sowie auf ie leichte Herabziehbarkeit des Tumors wird die Operation aginal begonnen. Es stellt sich jedoch bald heraus, daß der umor links weit in das lig. latum vordringt, so daß ohne efahr für den Ureter von der Vagina aus nicht weiter periert werden kann. Daher Eröffnung des Abdomens und pische Totalexstripation von oben her.

Anfänglich Mattigkeit und Niedergeschlagenheit, im übrigen eberfreier Verlauf. Am 54. Tage geheilt entlassen.

40) 41 j. IV para.

Indikation: Schmerzen im Unterleib, atypische Blutungen. er in den Muttermund eindringende Finger fühlt einen arten, länglich ovalen Tumor, welcher tief in den Clevixalanal hineinreicht und denselben weit ausgedehnt erhält. Ein Teil kann nirgends gefühlt werden. Uterus gänseeigroß nd beweglich.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Rechts findet sich ein

Ovarialcyste. Der myomatöse Uterus wird durch Abklemmen der Ligamente von oben nach unten frei gemacht und mit der Cervix im Scheidengewölbe exstirpiert. Übliche Umsäumung des Scheidengewölbes und Versorgung der Stümpfe. Schluß des Peritoneums und der Bauchwunde.

Fieberfrei. Am 15. Tage geheilt entlassen.

41) 45j. virgo.

Indikation: Sehr starke Blutungen während der Menstruation; stechende Kreuzschmerzen. Uterus in einem kindskopfgroßen Tumor verwandelt. Rechts ein weiterer, etwa gänseeigroßer, halbkugeliger Tumor aufgelagert.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Trotzdem der Schnitt bis zum Nabel geführt wird, gelingt es nicht, den Tumor vor die Bauchdecken herauszuwälzen. Der Grund ist ein überfaustgroßer Myomknoten, der in der hinteren Wand dicht oberhalb der Cervix sitzt und durch seine Größe die Entwickelung hemmt. Der Knoten wird nach Ausführung eines Längsschnittes verkleinert, worauf die Entwicklung des Uterus und der übrigen Geschwulst mit Leichtigkeit gelingt. Abklemmen der vier Gefäße. Exstirpation des Uterus. Beide Ovarien müssen abgetragen werden. Naht des Peritoneums und der Bauchdecken.

Vorübergehende Trübung des Urins. Fieberfreier Verlauf. Am 30. Tage geheilt entlassen.

42) 50j. I para.

Indikation: Stärkerwerden des Unterleibes. An der hinteren Wand des nicht vergrößeren Uterus ist ein kindskopfgroßer Tumor entwickelt, der beweglich ist und nach rechts zu einige Unregelmäßigkeit aufweist. Der Uterus ist von dem Tumor nicht zu trennen. Links zeigt sich ein gänseeigroßer Tumor, der mit breitem Stiel dem anderen Tumor aufsitzt.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Es findet sich ein subseröses Myom, dem linkerseits ein zweites, etwa Hühnereigroßes aufsitzt. Die Blase ist hoch hinaufgezogen und mit

der Vorderfläche des Uterus verwachsen. Typische Exstirpation des Uterus mitsamt den Tumoren und Adnexen.

Ureterfistel. Am 32. Tage, auf Wunsch, gebessert entlassen.

43) 43 j. nullipara.

Indikation: Urindrang, sehr langsame Urinentleerung, Stuhlgang träge. Der Uterus in einen kupeligen Tumor von der doppelten Größe einer Faust verwandelt. Der fundus steht dicht unterhalb des Nabels. Tumor frei beweglich.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Typische abdominale Totalexstirpation des myomatösen Uterus.

Fieberfrei. Am 16. Tage geheilt entlassen.

44) 47 j. III para.

Indikation: Gefühl der Völle, heftige stechende Schmerzen im Unterleib. Im Abdomen ein Tumor fühlbar, der mit der Portio in Verbindung steht und sich derb anfühlt.

Operation: (Herr Dr. Liepmann.) Scheidendesinfektion, Vernähung der Portio durch zwei Knopfnähte. Eröffnung der Bauchhöhle. Entwickelung eines ungewöhnlich großen Kugelmyoms, entsprechend der Größe eines Uterus am Ende der Schwangerschaft. Abklemmung der lig. infundibulo-pelvica, rotunda und lata. Schnitt über die Blase verlängert. Abschieben der Blase. Dabei erfolgt aus den Blasengefäßen eine Blutung, die durch einige Klemmen provisorisch gestillt wird. Abklemmen der uterinae. Dasselbe auf der anderen Seite. Ablösen des hinteren Peritoneums und scharfes Abpräparieren nach unten. Eröffnung der vorderen Scheidenwand. Vorziehen der Portio nach der Methode von Doyen. Vollkommenes Auslösen derselben. Umschneiden der hinteren Scheidenwand. Tumor heraus. Unterbindung der Ligaturen. Umstechung der Scheide. Schluß des Peritoneums, das Rektumperitoneum wird mit dem Blasenperitoneum vereinigt. Bei Beendigung der Nath stellt sich heraus, daß ein Spermatikalgefäß nachblutet, nochmalige exakte Umstechung. Schluß der Bauchwunde, Scheidentamponade.

Fieberfreier Verlauf. Am 27. Tage geheilt entlassen.

45) 44j. virgo.

Indikation: Starke atypische Blutungen, Kreuzschmerzen. Uterus vergrößert, verdickt, wird durch einen faustgroßen, Tumor stark nach hinten gedrängt.

Operation: (Herr Dr. Liepmann.) Nach der Eröffnung präsentiert sich ein kindskopfgroßes Kugelmyom; linkerseits eine Hydrosalpinx, mit dem Darm verwachsen. Typische abdominale Totalexstirpation der myomatösen Uterus.

Vorübergehend Katheterismus nötig. Fieberfrei, am 21. Tage geheilt entlassen.

46) 46j. III para (3 Aborte.)

Indikation: Ununterbrochene Blutungen seit drei Wochen, ziehende Schmerzen. An der Cervix fühlt man eine härtliche Partie, die sich am inneren Muttermund etwas vergrößert. Uterus von mittlerer Größe, beweglich.

Operation: (Herr Dr. Boßler.) Vaginale Totalexstirpation. Auftreten einer starken Blutung. Die Klemmen rutschen in dem morschen Gewebe ab. Da die Blutung aus der Tiefe kommt, wird die Operation per laparotomiam fortgesetzt. Ein paar Klemmen müssen liegen bleiben, da sie zu sehr in der Tiefe stecken und bei dem Versuch, zu unterbinden, sofort eine Blutung auftritt. Sarkomatös degeneriertes Myom.

Am 3. Tage Abnahme der Klemmen. Puls 120. Leib stark gebläht, kein Stuhlgang, Kollagszustände: Kampfer, Digalen, Strychnin. Am 4. Tage exitus letalis. Sektion verweigert.

47) 33j. III para (1 Abort.)

Indikation: Kreuz- und Leibschmerzen während der ungewöhnlich starken Menstruation. Der Uterus ist in einen kindskopfgroßen Tumor verwandelt, der sich nach vorn über die Blase verwölbt und nach links noch einen Buckel aufweißt.

Operation: (Herr Dr. Boßler.) Unter Zurücklassung des linken Ovariums typische Totalexstirpation des Uterus und seiner Adnexe per laparotomiam. Geringe Temperatur-

igerung, reichlicher Ausfluß aus der Scheide. Am 34. Tage heilt entlassen.

48) 38 j. I para.

Indikation: Reichliche und schmerzhafte Blutungen ihrend der Menstruation. Die Portio geht in einen rundhen, wenig beweglichen Tumor über, der bis dicht unter n Nabel reicht und sich prall-fluktuierend anfühlt.

Operation: (Herr Dr. Boßler.) Hervorwälzen des in einen ndskopfgroßen Tumor verwandelten Uterus. Abklemmen r Spermatikalgefäße, der lig. rotunda und lata bis zur Basis d Durchtrennung jenseits der Ovarien. Unterbinden der eringefäße, Abklemmung und Durchtrennung der Parametrien cht an der Cervix, Auslösen des Cervix, Durchtrennung und nsäumung der Scheide. Unterbindung und Umstechung r abgeklemmten Partien. Schluß der quer verlaufenden ritonealwunde, der Laparotomiewunde; Scheidentamponade.

Fieberfrei. Am 28. Tage geheilt entlassen.

49) 47 j. I para.

Indikation: Herzklopfen, Atembeklemmungen, Magenschwerden. Die Portio geht in einen kugeligen Tumor er, der bis über den Nabel reicht, hart und beweglich ist d an seiner Vorderseite einige Höcker aufweist.

Operation: (Herr Dr. Boßler.) Typische abdominale Totalstirpation des kindskopfgroßen, myomatösen Uterus und iner Adnexe.

Fieberfrei. Am 34. Tage geheilt entlassen.

50) 42 j. III para (1 Abort).

Indikation: Blutungen außerhalb der Periode, Stärkerrden des Leibes. Die Portio geht in einen rundlichen, rschieblichen, ziemlich harten Tumor über, der über den abel reicht und ins linke Parametrium entwickelt ist.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Der mediane Bauchhnitt trifft im unteren Teile auf die Blase und muß deshalb ch oben bis auf den Nabel verlängert werden.

Es zeigt sich ein vom Uterus ausgehendes Myom, das

nach oben frei, nach unten aber in breiter Ausdehnung mit der Blase verwachsen ist. Die Adnexe sind links subserös cystisch entartet und können mit ihren Gefäßen erst nach Spaltung des Peritoneums losgelöst werden. Bei der Ablösung der Blase erfolgen zwei lange Einrisse, dadurch bedingt, daß die Blase in außerordentlich dünner Schicht mit der Geschwulst verwachsen ist. Vernähung der Blasenwunde. Übliche Unterbindungen. Die Peritonealnaht ist besonders links schwierig, wo der cystisch entwickelten Adnexe wegen das Peritoneum sehr weit hinauf gespalten werden mußte.

Cystitis, fieberfreier Verlauf, am 28. Tage geheilt entlassen.

51) 33 j. I para.

Indikation: Stechende Schmerzen, besonders beim Pressen und Urinlassen. Anfälle von Übelkeit und Erbrechen. Hinter der Portio fühlt man einen das Scheidengewölbe hochhebenden Tumor, der sich bis in die Höhe des Nabels erstrekt, kindskopfgroß ist und einige Unregelmäßigkeiten aufweist.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Die Entwicklung des ganzen, myomatös entarteten Uterus gelingt nur unter einiger Kraftanwendung. Typische Totalexstirpation desselben.

52) 43 j. virgo.

Indikation: Schmerzen beim Stuhlgang, der sich nur durch Abführmittel erzielen läßt. Urinbeschwerden. Die Portio ist durch ein den ganzen Douglas ausfüllendes Myom nach links verdrängt. Der ganze Uterus ist in einen knolligen Tumor verwandelt, der bis in Nabelhöhe reicht. Urin trübe.

Operation: (Herr Geh-R. Bumm.) Es präsentiert sich ein mächtiges Uterusmyom, das mit den Adnexen typisch exstirpiert wird.

Nach der unter Lumbalanaesthesie vorgenommenen Operation stellen sich Schüttelfrost, Kopfschmerzen und Herzklopfen ein. Am 17. Tage geheilt entlassen.

53) 44 j. III para (1 Abort).

Indikation: Starke Blutungen und Schmerzen bei der Menstruation. Aus der Portio ragt ein etwa kirschgroßer,

lutig imbibierter Polyp heraus. Uterus vergrößert, reicht bis n den Nabel, zeigt undeutliche Fluktuation und liegt besonders ach links, während die Portio nach rechts abweicht.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Nach Eröffnung der auchhöhle stellt sich heraus, daß der myomatöse Uterus llseitig mit Netz und einzelnen Darmschlingen verwachsen t. Vorsichtige Lösung, Unterbindung der abgeklemmten artien. Typische Totalexstirpation des Uterus und Entrnung beider Adnexe. Resektion der adhaerenten Netzücke. Lösung des etwas verdickten und ödematös gechwellten Wurmfortsatzes.

Fieberfreier Verlauf. Am 26. Tage geheilt entlassen.

54) 44j. nullipara.

Indikation: Atypische Blutungen in kurzen Unterrechungen. Die Scheide ist durch einen kindskopfgroßen umor ausgefüllt. Die Vaginalportion steht schräg nach echts. Am fundus ist ein Myomknoten deutlich zu tasten.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Die Lösung ist chwierig, da zahlreiche Darmpartien offenbar schon sehr nge durch starke Schwielen mit der Geschwulst verwachsen ind. Auch der Douglas zeigt alte Verwachsungen. Auch as rechte Ovarium ist in alte Schwarten eingebettet. An der echten Seite, dort wo der Eierstock verklebt und verwachsen var, hatte sich ein Stück der Blase schürzenförmig über die itliche Partie der Geschwulst herübergelegt und war einerissen. Der 3 cm lange Schlitz wird durch fortlaufende Vaht in mehreren Etagen geschlossen. Der adhaerente Darmeil gehört dem S-romanum an. Das lösgelöste Mesenteriallatt desselben wird gleichfalls sorgfältig vernäht.

Leichte Tempertursteigerungen. Cystitis. Am 51. Tage eheilt entlassen.

55) 50j. XV para.

Indikation: Sehr starke Blutungen. Anschließend an den Blutverlust Atemnot. Patientin fällt vor Schwäche beim Aufstehen um. Aus dem Cervikalkanal kommen schwarze

Blutgerinsel. Uterus stark vergrößert. Rechts von ihm eine weitere Geschwulst fühlbar.

Operation: (Herr Dr. Hocheisen.) Es erscheint der gleichmässig vergrösserte myomöse Uterus, der, obwohl die Adnexe frei sind, sehr schwer beweglich ist und nicht vor die Bauchdecken gezogen werden kann. Unterbindung der Spermatikalgefässe und der runden Bänder. Abpräparieren der Blase und der hinteren Douglas. Eröffnung der Scheide vorn, wobei es ziemlich stark aus dem vaginalen Venengeflecht blutet. Deshalb wird von der weiteren schwierigen Eröffnung der Scheide abgesehen. Unterbinden der seitlichen Ligamente und der Uteringefässe. Typische Totalexstirpation.

Am folgenden Tage Collapszustände, Aussetzen des Pulses, exitus letalis.

Sektionsprotokoll: Herz schlaff, vergrößert. Vorkammern ganz blutleer. Beide unteren Lungenlappen ödematös. Milz und Leber sehr anämisch. In der Aorta, an der Grenze zwischen 3. und 4. Wirbel ein bohnengrosser, wandständiger, grauer Thrombus. Diagnose: Anämie nach schweren Metrorrhagien.

56) 40j. I para.

Indikation: Heftige Keuz- und Leibschmerzen. Magenbeschwerden und Erbrechen. Uterus hart, bis fast unter den Nabel reichend, frei beweglich.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Lumbalanaesthesie. Herauswälzen des kindskopfgroßen, myomatösen Uterus; keine Verwachsungen. Abklemmen der Spermatikalgefässe links, Verlängerung des Schnittes nach vorn, ebenso rechts. Abschieben der Blase. Durchtrennung des Peritoneums hinten und Cirkumcision der Scheide nach vorheriger Abklemmung der beiderseitigen Uteringefässe. Umsäumung der Scheide, Versorgung der Stümpfe, Vereinigung des Blasen- und Rektumperitoneums durch von links nach rechts verlaufende Naht. Schluss der Bauchwunde.

Fieberfrei: Am 23. Tage geheilt entlassen.

II. Vaginale Totalexstirpationen.

57) 33j. I para.

Indikation: Die Menstruation begleiten heftige Kreuz- und Unterleibsschmerzen, ausserdem typische Blutungen. Man fühlt beiderseits über dem lig. Pouparti eine sehr druckempfindliche Resistenz, welche seitlich in die Beckenwand übergeht. Der Uterus ist kindskopfgross, etwas druckempfindlich und unbeweglich.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Umschneidung der Portio. Abschieben der Blase. Der Versuch den Douglas zu öffnen, mißlingt, es findet sich keine freie peritoneale Fläche. Spaltung der vorderen Uteruswand bis zum fundus und allmähliches Herabziehen der gespaltenen Wand. Jetzt lässt sich die excavatio vesico-uterina eröffnen und der Uterus aus seinen Verwachsungen mit den Adnexen und dem Douglas lösen. Er wird abgetragen. Hierbei ergießt sich massenhaft ein helles, gelbliches Serum. Beim Revidieren der Adnexe ergiebt sich, daß das rechte Ovarium mit einem fest verwachsenen, faustgroßen Tumor in Verbindung steht. Es wird abgeklemmt und abgeschnitten. Das linke, normale Ovarium wird zurückgelassen. Es werden nun die Stümpfe rechts und links in die Peritomalwand eingenäht, das Peritoneum des Douglas wird an das der hinteren Blasenwand angenäht und der Peritonealspalt völlig geschlossen. Schluss der Scheidenwand.

Kurze Temperatursteigerung. Am 37. Tage geheilt entlassen.

58) 45j. III para (1 Abort),

Indikation: Dauernde Blutungen und Schmerzen im Kreuz und Unterleib. Uterus faustgross, mit Knollen besetzt. Im hinteren Scheidengewölbe fühlt man einen Knoten, welcher von der hinteren Cervixwand ausgeht.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Umschneidung der Portio. Zurückschieben der Blase, Eröffnung der Douglas. Abklemmen der Douglas'schen Falte rechts und links. Spal-

tung der Uterus in der vorderen Medianlinie. Eröffnung der exavato vesico-uterina. Abklemmen und Durchschneiden des rechten und linken ligamentes. Entfernung des Uterus. Schluss des Peritoneums und der Scheidenwunde.

Fieberfreier Verlauf. Am 21. Tage geheilt entlassen.

59) 39j. I para (1 Abort).

Indikation: Starke Menstruation, Schmerzen. Uterus kindskopfgross, beweglich. Ihm sitzt ein hühnereigroßer Tumor halbkugelig auf.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Enucleation zweier taubeneigrosser submuköser Myome, teilweise Zerstückelung eines grösseren. Hervorwälzen des verkleinerten Uterus vor die vulva. Abklemmung der ligamenta lata und der Parameterien. Exstirpation des Uterus. Einnähen der Ligamentstümpfe in die seitlichen Wundwinkel, Naht des Peritenoums. Scheidennaht und -tamponade.

Fieberfrei. Am 23. Tage geheilt entlassen.

60) 35j. virgo.

Indikation: Zur Zeit der Menstruation Leibschmerzen und Drängen nach unten. Abgang von Blutklumpen aus den Genitalien. Uterus kindskopfgroß.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Wegen starker Verengung der Scheide wird mittels des Paravaginalschnittes Platz geschaffen. Umschneidung der Portio. Abklemmung der beiden lig. card. Spaltung des Uterus in der Medianlinie vorn. Eröffnung der vorderen Exkavation. Nach allmählicher Vorwälzung des Uterus, wobei 4 Myomknoten ausgeschält werden, werden die Ligamente abgeklemmt und durchschnitten. Herausnahme des Uterus. Unterbindung der Ligamentstümpfe. Einnähen derselben in die beiden seitlichen Wundwinkel des Peritonealschlitzes. Schluss des Peritoneums. Die Wunde in der Scheide, die durch Umschneidung der Portio entstanden, geht über in die große seitliche Wunde des Scheitels. Naht beider Wunden.

Fieberfreier Heilungsverlauf. Am 23. Tage geheilt entlassen.

61) 41j. nullipara.

Indikation: Kreuz- und Leibschmerzen von ziehendem Charakter. Starke, schmerzhafte, atypische Blutungen. Vom hinteren Scheidengewölbe aus tastet man einen faustgroßen, mit dem Uterus zusammenhängenden Tumor.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Typische vaginale Totalexstirpation des myomatösen Uterus, bei der massenhaft altes Blut und ca. ein Esslöffel gelber Eiter gefunden werden.

Leichtes Fieber, übelriechender Ausfluß. Am 18. Tage entlassen.

62) 28j. II para.

Indikation: Schmerzen im Leib zur Zeit der Menstruation. Blasen- und Stuhlgangsbeschwerden. Uterus vergrößert.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Typische, vaginale Totalexstirpation des myomatösen, etwa faustgroßen Uterus unter Zurücklassung beider Ovarien.

Leibschmerzen, fieberfreier Verlauf. Am 19. Tage geheilt entlassen.

63) 36j. V para (1 Abort).

Indikation: Unregelmäßige, sehr starke Menstruation. Brennen beim Urinieren. Der vergrößerte Uterus läßt links oben einen apfelgroßen Tumor erkennen.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Umschneiden der Portio. Abschieben der Blase. Eröffnung des hinteren Douglas. Spaltung der vorderen Uteruswand und Abklemmen der lig. card. Stückweise Entfernung eines kindskopfgroßen, submukösen, in der hinteren Uteruswand sitzenden Myoms. Hervorwälzen der Uterus, Abklemmung der lig. lata und der Parametrien. Exstirpation des Uterus. Unterbindung der Klemmen. Einnähen der Stumpfe in die seitliche Scheidenwunde. Schluß des Beckenperitoneums und der Scheidenwunde.

Fieberfrei. Am 30. Tage geheilt entlassen.

64) 44j. I para.

Indikation: Häufige, sehr starke Blutungen. Kreuzschmerzen, vorübergehend Blut im Urin. Der vergrößerte,

kindskopfgroße Uterus zeigt Höcker an der Oberfläche, ist wenig beweglich und sendet nach beiden Seiten kugelige Anschwellungen.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Umschneiden der Portio, Abschieben der Blase, Eröffnung des vorderen Douglas. Spaltung der vorderen Cervixwand. Das Herauswälzen des Uterus gelingt nur sehr schwer wegen der äußerst weichen Beschaffenheit des Myoms und des Fehlens einer eigentlichen Kapsel. Typische Totalexstirpation.

Leichtes Fieber. Am 25. Tage geheilt entlassen.

65) 45 j. II para (1 Abort.)

Indikation: Starke Blutuntungen, Kreuzschmerzen. Aus der klaffenden Vulva fließt dunkelrotes Blut. Cervix hart, ihre Rände knollig vorgewölbt. Im linken Parameterium eine zwei Fingerdicke, wenig verschiebliche Resistenz, die fast bis an das Becken heranreicht.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Vaginale Totalexstirpation des myomatösen Uterus. Beide Tuben, die in gänseeigroße Hydrosalpinxsäcke verwandelt sind, und das rechte Ovarium werden mitentfernt.

Vorübergehende Temperaturerhöhung. Am 24. Tage geheilt entlassen.

66) 45 j. III para.

Indikation: Unterleibsschmerzen, starke Blutverluste. Uterus vergrößert, erstreckt sich nach links, seine Schleimhautoberfläche ist unregelmäßig.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Typische vaginale Totalexstirpation des myomatösen Uterus.

Fieberfrei. Am 24. Tage geheilt entlassen.

67) 45 j. IV para (1 Abort.)

Indikation: Stärkere menstruale Blutungen. Druckgefühl auf den Magen, Urindrang, Stuhlbeschwerden. Uterus frei beweglich, faustgroß, zeigt beiderseits knollige Auflagerungen.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Das Vorgehen wird durch eine enge, straffe Scheide erschwert. Umschneidung

er Portio. Eröffnung des vorderen Douglas, Zurückschieben er Blase, Spaltung der vorderen Cervixwand in der Mittellinie nd Hervorziehen des Uterus mit Klemmen. Er folgt schwer. ie eigentliche Myomgeschwulst sitzt hoch oben im fundus, ach hinten entwickelt, wodurch das Morcellement erheblich rschwert wird. Schließlich gelingt das Hervorwälzen des terus, der größer ist, als anzunehmen war. Übliche Ab-lemmungen und Unterbindungen. Einnähen der Stumpfe n die seitlichen Wundwinkel. Vernähen des Peritoneums, chluß der Scheidenwunde.

Subfebrile Temperaturen. Am 22. Tage geheilt entlassen.

68) 47j. I para.

Indikation: Leib- und Kreuzschmerzen. Rechts vom terus ein hühnereigroßer, ziemlich derber Tumor, der sich it dem Uterus zusammen bewegt.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Wegen straffen ammes und enger Scheide auf der linken Seite Schuch.-chnitt. Eröffnung der vorderen Exkavation durch einen ängsschnitt in der Scheide und einen queren Peritonalschnitt ach Zurückschiebung der Blase. Der Tumor erweist sich ls ein gänseeigroßer Myom, das mit dem Uterus durch einen urzen, schmalen Stiel zusammenhängt. Da der Uterus außer-em mehrere kleine Myome aufweist und Menopause vorliegt, vird die Totalexstirpation angeschlossen. Einnähen der tümpfe in den Peritonealschlitz. Schluß des Peritoneums nd der Scheide, sowie des Schuchard'schen Schnittes. Während der Operation Puls klein, aber regelmäßig. Patientin laß. Nach der Operation Puls 40. Kampfer, Hochlagerung er Beine, Digitalis und Alkohol vermögen die Herzschwäche icht zu heben. Exitus letalis. Sektion verweigert.

69) 45j. V para (4 Aborte.)

Indikation: Dauernde Blutungen. Uterus kindskopfgroß.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Typische Tolalexstir-pation. Morrellement.

Fieberfrei. Am 25. Tage geheilt entlassen.

70) 47 j. II para.

Indikation: Dauernde Blutungen, Kreuzschmerzen und Schmerzen in der linken Seite. Der Uterus ist apfelgroß und weißt knollige Vorwölbungen auf.

Operation: Herr Geh.-R. Bumm.) Totalexstirpation in typischer Weise. Entfernung einer Parovarialcyste. Anschließend Kolpoperineorraphie.

Leichte eitrige Sekretion aus der Tiefe. Am 20. Tage geheilt entlassen.

71) 48 j. IV para (1 Abort.)

Indikation: Starke Blutungen, zunehmende Schwäche, erfolglose Auskratzung. Uterus kindskopfgroß, mit unregelmäßigen, besonders nach rechts hin entwickelten Höckern.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Im fundus sitzt ein walnußgroßer Myom, das mit dem Messer verkleinert und dann hervorgezogen wird, wobei der Uterus folgt. Abtrennung der Ligamente, Totalexstirpation, Stumpfversorgung, Peritoneal- und Scheidenaht.

Fieberfrei. Am 24. Tage geheilt entlassen.

72) 42 j. I para.

Indikation: Unregelmäßig auftretende Blutungen. Ziehende Schmerzen im Unterleib. An die Portio schließt sich ein runder Tumor an, der zahlreiche Knollen aufweist und gut beweglich ist.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Typische vaginale Totalexstirpation des verdickten myomatösen Uterus.

Fieberfrei. Am 22. Tage geheilt entlassen.

73) 40 j. II para.

Indikation: Andauernde, erfolglos behandelte Blutungen. Druckgefühl auf Mastdarm und Harnröhre. Der Uterus ist in einen kindskopfgroßen, harten Tumor verwandelt, von dem sich einige Knollen deutlich abheben. Der Tumor setzt sich beiderseits in das lig. latum hinein fort und ist wohl deshalb beschränkt beweglich.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Vaginale Enukleation

nes Myoms. Zerstückelung und Totalexstirpation des Uterus.

Geringer eitriger Ausfluß. Am 26. Tage geheilt entlassen.

74) 51 j. V para (6 Aborte.)

Indikation: Starke Blutungen. Uterus kuglig vergrößert, ustgroß, mit unregelmäßiger, höckeriger Oberfläche. Links m Uterus, mit ihm durch einen Stiel zusammenhängend, t ein hühnereigroßer Tumor zu tasten, von dem sich nicht itscheiden läßt, ob er ein vergrößertes Ovarium oder ein traligamentäres Myom ist.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Vaginale Exstirpation üblicher Weise, die sich aber durch das ins lig. hineinwachsene, subseröse Myom außerordentlich schwierig gealtet.

Eitriger Ausfluß aus der Scheide. Am 24. Tage geheilt itlassen.

75) 43 j. III para.

Indikation: Kreuzschmerzen, Drängen nach unten, Druck if die Blase. Uterus faustgroß, an der Vorderwand mehrere alnussgroße, kuglige Höcker.

Operation: (Herr Dr. Hocheisen.) Scheide sehr eng. as Myom läßt sich nicht herunterziehen, da es nach hinten nd links, ins lig. lat., hineinentwickelt ist. Umschneidung er Portio. Eröffnung des hinteren Douglas. Beiderseits Abemmung der lig. card. und Spaltung des Uterus in der edianlinie vorn, wobei hoch oben auch der vordere Douglas öffnet wird. Es gelingt den Uterus auf der rechten Seite ervorzuwälzen und abzuschneiden. Auch links wird das yom mobilisiert, verkleinert und abgetragen; der Uterus ird exstirpiert. Stumpfversorgung.

Fieberfrei: Am 22. Tage geheilt entlassen.

76) 50 j. I para.

Indikation: Erfolglose Auskratzung, weitere starke lutungen, ziehende Schmerzen, Appetitlosigkeit, Verstopfung. terus langgestreckt retrovertiert.

Operation: (Herr Dr. Hocheisen.) Umschneidung der

Portio. Vorderer Douglas verödet, kann erst hoch oben eröffnet werden. Hinterer Douglas, vollständig verwachsen, wird nicht eröffnet. Der Uterus wird aus zahlreichen Verwachsungen gelöst, er ist rechts und hinten besonders fixiert. Er zeigt sich durch zahlreiche Myome, besonders an der rechten fundus Kante, wo das Ovarium unmittelbar am Moym sitzt, vergrößert. Die Exstirpation gelingt, ohne daß der Uterus eröffnet wird. Entfernung beider Tuben und Ovarien.

Vorübergehender eitriger Ausfluß. Am 22. Tage geheilt entlassen.

77) 36j. I para (2 Aborte).

Indikation: Unregelmässige Menses, starke Blutverluste. Stuhlverstopfung. Im Douglas befindet sich ein faustgroßer, mäßig beweglicher, rundlicher Tumor, welcher vorn, hinter der Symphyse, das Relief des gestreckten, verlängerten Uterus erkennen läßt.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Nach dem Ausschneiden von keilförmigen Stücken gelingt das Hervorziehen des Tumors mitsamt dem Uterus. Typische Totalexstirpation.

Fieberfrei: Am 19. Tage geheilt entlassen.

78) 43j. IX para.

Indikation: Ständige Blutungen, Mattigkeit. Uterus gross und hart, ihm sitzt links oben ein apfelgrosser, knolliger Tumor auf.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Hochgradige Anämie des Uterus, mehrere interstitielle und submuköse Myome. Totalstirpation in üblicher Weise.

Fieberfrei: Am 26. Tage geheilt entlassen.

79) 46j. nullipara.

Indikation: Seit 20 Jahren steril verheiratet. Stechende Schmerzen im Unterleib. Die Cervix geht in einen Tumor über, welcher knollig, hart, faustgross ist und bis zum oberen Rande der Symphyse hinaufreicht.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Morcellement eines submukösen Myoms und Totalexstirpation in üblichem Weise.

Fieberfrei: Am 21. Tage geheilt entlassen.

80) 50j. IX para (3 Aborte).

Indikation: Teilweise Urinverhaltung. In die Vagina lbt sich von oben und hinten her eine runde harte Masse r. Die Portio geht direkt in einen kugeligen harten Tumor er, der das kleine Becken fast völlig ausfüllt und über mphyse hinaufreicht.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Morrellement. Total- stirpation der Uterus und der Ovarien.

Ungeheilt: mit Cystitis, auf Wunsch am 22. Tage entlassen.

81) 45j. VII para.

Indikation: Erfolglose Auskratzung, andauernde Blutungen. nenwand der Cervix mit erbsengroßen harten Knötchen setzt. Uterus gross, an der linken Seite durch einen harten nollen ausgebuchtet.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Totalexstirpation von r Vagina aus in üblicher Weise.

Fieberfrei. Am 20. Tage geheilt entlassen.

82) 46j. III para (1 Abort).

Indikation: Periode von heftigen Kreuzschmerzen be- eitet. Erfolglose Auskratzung wegen dauernder Blutungen. erzklopfen, Atemnot. An der Hinterfläche des faustgroßen, ndlichen Uterus vereinzeilte harte Buckel.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Uterus lässt sich hwer herabziehen. Morcellement des Myoms. Entwicklung nd Totalexstirpation des Uterus.

Fieberfreier Heilungsverlauf. Am 15. Tage geheilt entlassen.

83) 42j VI para (3 Aborte).

Indikation: Ungewöhnliche starke Periode. Uterus faust- roß hart, nicht ganz eben. Am rechten Tubenansatz einige löcker. Uterus läßt sich nicht herabziehen.

Operation: (Herr Dr. Liepmann.) Totalexstirpation des Jterus und seiner Adnexe in üblicher Weise.

Leib gespannt, Appetitlosigkeit. Später fieberfrei. Am 3. Tage geheilt entlassen.

84) 30 j. I para.

Jndikation: Starke Blutungen und ziehende Schmerzen im Unterleib. Der Uterus ist faustgroß, an seiner Hinterseite fühlt man einen Höcker.

Operation: (Herr Dr. Kownatzki.) Spaltung der Scheide in der Mittellinie. Zurückschiebung der Blase, Spaltung der Cervix bis zum Umschlag des Peritoneums. Es wird versucht, das im fundus sitzende Myom mit einer Zange zu fassen und hervorzuziehen. Es gelingt nicht, daher Umschneidung der Portio, Eröffnung des Peritoneums und totale Exstirpation des Uterus in gewöhnlicher Weise.

Fieberfrei. Am 23. Tage geheilt entlassen.

85) 48 j. II para (2 Aborte).

Indikation: Patientin glaubt gravid zu sein, keine Menstruation, wehenartige Schmerzen, Kindsbewegungen. Die Brüste sepernieren nicht. Uterus vergrössert, härter als gewöhnlich, einige Partien heben sich besonders ab.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Typische vaginale Totalexstirpation des myomatösen Uterus.

Fieberfrei. Am 18. Tage geheilt entlassen.

86) 41 j. II para.

Indikation: Starke Blutungen, aufsteigende Hitze, Unterleibskrämpfe, Schmerzen beim Urinlassen. Links vom Uterus tastet man einen gegen ihn verschieblichen, hühnereigroßen Tumor. Vom Scheidengewölbe aus fühlt man außerdem nach rechts eine derbe, harte Geschwulst.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Vaginale Totalextirpation der myomatösen Uterus und beider Adnexe.

Fieberfrei: Am 19. Tage als geheilt entlassen.

87) 50 j. VIII para (3 Aborte.)

Indikation: Ununterbrochene Blutungen, Uterus fast gänseeigroß, anteflektiert, beweglich.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Typische vaginale Totalexstirpation der stark vergrößerten, nirgends verwachsenen, myomatösen Uterus und der beiderseitigen Adnexe.

Fieberfrei: Am 20. Tage geheilt entlassen.

88) 40j. I para.

Indikation: Wochenlange Blutungen. Leib- und Kreuz-
nerzen, erfolglose Auskratzung. Uterus kindskopfgroß, gut
eglich.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Morcellement eines
mknotens. Vorziehen des Uterus. Weiterer Verlauf in
r für die vaginale Exstirpation des Uterus typischen Weise.
hrend des Abklemmens der Ligamente setzt stellenweise
Puls aus; so daß die Operation auf's äußerste beschleunigt
den muß.

Reichlich übelriechendes Sekret. Weiterhin fieberfrei.
20. Tage geheilt entlassen.

89) 48j. virgo.

Indikation: Starke Blutungen. Beim Einlegen des Spiegels
t man eine Geschwulst von der Größe eines Borsdorfer
fels.

Operation: (Herr Dr. Liepmann.) Es handelt sich zu-
hst um ein der Muttermundslippe mit langem Stiel auf-
endes submuköses Myom von der Größe einer kleinen Faust.
wird mit den Fingern vom Stiel abgelöst und mittels des
tgen'schen Handgriffes entwickelt. Der Stiel retrahiert sich
bald und blutet nur wenig. Anschließend Totalexstirpation
myomatösen Uterus.

Fieberfrei: Am 20. Tage geheilt entlassen.

90) 47j. II para.

Indikation: Ständige Blutungen, stärker werdende Kreuz-
merzen. Uterus vergrößert, hart und gut beweglich. Am
ergang von der Cervix zum corpus ein Knollen von der
öße einer Walnuß.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Typische vaginale
erusexstirpation nach Einschnitt in die vordere Uteruswand.

Erbrechen, Cystitis. Fieberfreier Verlauf. Am 15. Tage
heilt entlassen.

91) 35j. III para.

Indikation: Wochenlang dauernde Blutungen aus den Genitalien. Abgang großer Stücke dunklen, übelriechenden Blutes. Uterus vergrößert, in Retroversionsstellung, beweglich.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Typische vaginale Totalexstirpation des Uterus und seiner Adnexe.

Fieberfrei. Am 20. Tage geheilt entlassen.

92) 48j. IV. para (1 Abort.)

Indikation: Patientin glaubt schwanger zu sein, da ihr Leib an Umfang zugenommen hat, sie Kindsbewegungen zu verspüren glaubte. Uterus beweglich, faustgroß, hart.

Operation: (Herr Dr. Boßler.) Vaginale Totalexstirpation des Uterus unter Aufschneiden seiner vorderen Fläche.

Schmerzen beim Urinlassen, geringer Ausfluß. Fieberfrei: Am 15. Tage geheilt entlassen.

93) 34j. I para (2 Aborte.)

Indikation: Alle 2 Wochen Blutungen. Leib-, Magen- und Kreuzschmerzen. Stuhlgang verhalten. Uterus vergrößert, läßt deutlich zwei Knollen erkennen, je einen an der Vorder- und Hinterseite.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Umschneidung der Portio, Abschieben der Blase und Eröffnung des Peritoneums. Spaltung des Uterus in der Mittellinie, da derselbe ziemlich fixiert ist und dem Zuge einigen Widerstand entgegensetzt. Aus dem Uterusinneren quillt eine jauchige, eitrige Flüssigkeit. Es folgt die typische Exstirpation der vergrößerten Uterus, die Versorgung der Stümpfe und die Entfernung beider Ovarien. Ein kleiner Spalt wird im Peritoneum offen gelassen und mit Vioformgaze drainiert, da wegen der Eiterung die Möglichkeit einer Infektion des Peritoneums nicht von der Hand zu weisen ist.

Fieberfrei. Am 23. Tage geheilt entlassen.

94) 44j. VI para.

Indikation: Unregelmäßig auftretende Menstruation, zuletzt anhaltende Schmerzen. Uterus stark vergrößert, ziem-

beweglich. Ihm sitzt vorn ein hühnereigroßer Knoten Im rechten Parametrium tastet man einen derben Strang.

Operation: (Herr Ges.-R. Bumm.) Exstirpation des myo-ösen Uterus und des rechten, cystisch entarteten Ovariums iblicher Weise.

Fieberfrei. Am 21. Tage geheilt entlassen.

95) 47 j. II para.

Indikation: Dauernde Blutungen. Rechterseits sitzt am dus ein Knoten, rechts vom Uterus befindet sich eine rund-e, apfelgroße, harte, schwach bewegliche Geschwulst.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Die Untersuchung in nalanalgesie ergibt einen kleinen myomatösen, gut beweg-en Uterus und rechts eine etwa hühnereigroße Cyste. pische vaginale Totalextirpation des Uterus und seiner Adnexe.

Fieberfrei. Am 16. Tage geheilt entlassen.

96) 42 j. I para (2 Aborte.)

Indikation: Heftige Kreuzschmerzen, Druckgefühl auf dem stdarm, drängen nach unten. An der hinteren Wand des größerten Uterus befindet sich ein faustgroßer Tumor.

Operation: (Herr Geh.R. Bumm.) Es gelingt, nach dem vor zahlreiche sehr sehr derbe Verwachsungen gelöst sind, n Uterus hervorwälzen. Es ergießt sich hierbei etwas rige Flüssigkeit, die aus der Tiefe hervordrängt. Entfernung s Uterus. Unterbindung der Stumpfe. Stumpfes Heraus-älen der rechten, in einen Eitersack verwandelten Adnexe. terbindung, Vernähen des Blasenperitoneums mit der heide.

Fieberfrei: Am 15. Tage geheilt entlassen.

97) 49 j. I para.

Indikation: Schmerzen beim Urinieren, teils wehenartige hmerzen. Ab und zu Urinverhaltung, so daß Katheterismus tig wird. Uterus vergrößert; das hintere Scheidengewölbe von einem harten, dem Uterus adhaerenten Tumor ausge-llt. Urin spärlich und trübe.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Die Entwicklung des

Uterus gelingt zunächst nicht, da ein an der hinteren Wand sitzender, faustgroßer Myomknoten es hindert. Morcellement des Tumors, dessen größerer Teil sich schließlich enukleiren läßt. Dabei invertiert sich der Uterus. Typische Totalexstirpation und Entfernung beider Adnexe. Unterbindung, Schluß des Peritoneums, Scheidennaht.

Fieberfreier Verlauf. Am 12. Tage geheilt entlassen.

98) 46j. VI para (1 Abort).

Indikation: Dauernde Blutungen. Uterus hart und vergrössert. Ihm sitzt ein apfelgroßer, knolliger, harter Tumor auf.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Typische Exstirpation des Uterus mit seinen Adnexen. In der linken Tubenecke ein apfelgroßes Myom.

Mässiger Ausfluss. Fieberfrei. Am 14. Tage geheilt entlassen.

99) 46j. IV para (1 Abort).

Indikation: Schmerzen, die sich vom Kreuz bis in das Bein beiderseits hinunterziehen und bei Bewegungen besonders stark sind. An der Vorderwand des beweglichen Uterus tastet man eine faustgrosse, rundliche Geschwulst.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Vaginale Exstirpation des Uterus und seiner Adnexe in typischer Weise.

Kopf-, Kreuz- und Brustschmerzen. Objektiv normaler Heilungsverlauf. Am 18. Tage geheilt entlassen.

100) 44j. nullipara.

Indikation: Seit Wochen anhaltende Blutungen. Uterus kindskopfgroß und hart.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Starke Blutung aus der erweiterten Cervikalhöhle. Spaltung der vordern Cervikalwand. Langsames, stückweises Herausschneiden des anscheinend an der linken Cervixseite haftenden Myoms. Die völlige Entwicklung gelingt erst, nachdem das Peritoneum eröffnet ist und der Uterus vorn in ziemlich beträchtlicher Höhe durchschnitten wurde. Exstirpation des in seinem oberen Teile kontrahierten, im unteren jedoch sehr dünn

ändigen, erweiterten Uterus. Exstirpation beider Tuben und varien.

Fieberfrei. Am 12. Tage geheilt entlassen.

Hinsichtlich der 4 Todesfälle (Fall No. 3, 46, 55 und 68) noch Folgendes zu bemerken:

Im Fall 3 wurde die Frau schon mit Fieber eingeliefert. s fand sich während der Operation ein Abszeß der rechten dnexe. Laut beigefügtem Sektionsprotokoll wurde aus den brinösen Auflagerungen und dem Eiter des kleinen Beckens reptokokken gewonnen.

Im Fall 55 ergab die Obduktion hochgradige Anämie mtlicher Organe im Anschluß an langdauernde Metrorhagien.

In beiden Fällen ist es wahrscheinlich, daß die Operation, e einzige Chance, die die Patientinnen noch hatten, nicht s auslösende Moment für ihren Tod gewesen ist. Bei dieser nahme könnte man die eben erwähnten zwei ungünstigen usgänge von dem Gesamtresultat subtrahieren.

Es ergiebt sich also für die Totalexstirptation eine

Mortalität von 4 % (bezw. 2 %).

Verhältnißmäßig klein ist im Gegensatz hierzu die Zahl r supravaginalen Uterusamputationen (5), welche in den hren 1904 bis 1908 zur Ausführung gelangt sind.

101) 29j. I para.

Indikation: Seit der vor acht Tagen stattgehabten Entndung-Zangengeburt ohne Narkose — besteht kontinuierliches eber in Höhe von 38°—40°. Schmerzen sind nicht vorhanden. e Erinnerung an die Vorgänge während und nach der Geurt ist erloschen. Im Abdomen rechts eine kindskopfgroße, s dem Becken hervorragende Geschwulst, gut abgrenzbar, t glatter Oberfläche, nach den Seiten verschieblich. Der mm klafft von der Vagina bis zum anus. Sphincter ani halten. Rißwunde schmierig-eitrig belegt.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Peritoneum völlig akt. Das kindskopfgroße Uterusmyom zeigt auf der Ober-

fläche keine Veränderungen. Die rechten Spermatikalgefäße werden mit dem Thermokauter durchtrennt, unterbunden und lateralwärts vom Ovarium versenkt. Auf der linken Seite ist das Bündel der Spermatikalgefäße sehr dick, infiltriert und unbeweglich. Der Strang setzt sich nach oben fort und kann nach Spaltung des Peritoneums unter den untersten Teil des Dickdarms hinunter verfolgt werden. Er wird isoliert, mit 2 Klemmen gefaßt und mit dem Thermokauter durchtrennt. Supravaginale Amputation des Uterus mittels Thermokauter. Schluß des Peritoneums und der Bauchhöhle.

Patientin ist benommen; in den Tupfern aus der Bauchhöhle finden sich Streptokokken. Exitus letalis. Die Sektion ergiebt: Pelveoperitonitis, eitrig-jauchige Pflegmone, besonders links, septische Thrombophlebitis der linken vena spermatica interna und vena renalis.

102) 42 j. nullipara.

Indikation: Zweimal wegen Hernien- und Ileuserscheinungen operiert. Schmerzen in der Unterbauchgegend, besonders nach der Aufnahme von Speisen. Erbrechen. Uterus vergrößert.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Der mynmatöse Uterus wird supravaginal amputiert. Die abgeklemmte Stümpfe werden unterbunden und mit Peritoneum übernäht. Vereinigung von Peritoneum und Fascie, Resektion mehrerer Hautnarben, Hautnaht.

Fieberfreier Heilungsverlauf. Am 30. Tage geheilt entlassen.

103) 43 j. virgo.

Indikation: Starke Blutungen seit mehreren Tagen. Der Uterus ist in einen kindskopfgroßen Tumor verwandelt, der nach rechts einen Höcker aufweist.

Operation: (Herr Dr. Hocheisen.) Das Myom sizt größtenteils oberhalb des inneren Muttermundes, am fundus selbst finden sich nur einige kleine Knötchen. Die Hinterfläche des Uterus ist allseitig verwachsen, die Geschwulstegntwicklun

ost völlig intraligamentär, so daß der Uterus nicht voll-
ndig aus dem kleinen Becken hervorgezogen werden kann.
atur der Spermaticae links und Loslösung der Adnexe, Aus-
älen der Geschwulst auf dieser Seite aus dem Ligament.
sselbe rechts, doch werden Tube und Ovarium zurückge-
sen. Da der Uterus sich trotzdem nicht emporziehen läßt,
verdickte Peritoneum und die Fettentwicklung keine Über-
ht gestatten, wird nach Unterbindung der uterinae supra-
ginal amputiert und die Peritonalöffnung freilaufend vernäht.

Fieberfrei: Am 35. Tage geheilt entlassen.

104) 45j. I para (1 Abort.)

Indikation: In der Schweiz wird ein Tumor diagnosticiert
d für inoperabel erklärt. Die Geschwulst wächst langsam.
sfluß, Neigung zur Obstipation. Man tastet im Leibe zwei
chtige Tumoren mit knolliger Oberfläche, die mit dem
erus zusammenhängen, aber eine große Verschieblichkeit
gen denselben besitzen.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Typische supravaginale
erusamputation per laparotomiom.

Fieberfrei: Am 24. Tage geheilt entlassen.

105) 40j. nullipara.

Indikation: Patientin bemerkt eine Geschwulst im Unter-
, die langsam größer und härter wird. Ziehende Schmer-
n im Kreuz. Die Portio geht in einen Tumor über, der
rt und beweglich ist, und eine glatte Oberfläche zeigt. Er
cht bis zur Höhe des Nabels.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Es zeigt sich, daß der
mor hinten und seitlich mit dem Darm ausgedehnt ver-
chsen ist. Abklemmung der ligamenta lata und rotunda.
ere Durchtrennung der Cervix oberhalb der Portio. Ent-
nung der beiderseitigen Adnexe, die entzündlich verändert
d und stäbchenhaltigen Eiter entleeren. Unterbindung der
geklemmten Partien, Umstechung der blutenden Stellen.
festigung des peritoneum parietale der vorderen Bauch-
nd in halber Höhe des Bauchschnittes an dem Peritoneum

des Rektum und dadurch Abschluß der Bauch- gegen die Beckenhöhle. Schluß der Bauchhöhle.

Leichte Temperatursteigerung. Am 36. Tage geheilt entlassen.

Weiterhin waren 6 Enukleationen nötig, von denen 4 abdominal, 2 vaginal ausgeführt wurden.

106) 30 j. nullipara (11 Aborte).

Indikation: Seit acht Jahren bestehen Unterleibsschmerzen; ein Arzt stellt eine Uterusgeschwulst fest.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Bauchschnitt. Es wird der kugelrunde, kindskopfgroße Uterus sichtbar. Sodann wird die vordere Wand gespalten und ein faustgrosses Kugelmyom aus seinem Bett leicht enukleiert. Die Kapsel der Geschwulst wird mit der Schere abgeschnitten. Die blutenden Stellen werden mit Klemmen gefaßt und abgebunden. Fortlaufende Naht des Geschwulstbettes mit Catgut. Es werden noch drei nussgroße Myomknoten aus der hinteren Wand dicht oberhalb der Cervix in der gleichen Weise enukleiert. Das zurückgelassene Organ ist immer noch größer, als es der Norm entspricht, schlaff und von braunroter Farbe.

Fieberfreier Verlauf. Am 27. Tage geheilt entlassen.

107) 54 j. I para.

Indikation: Starke Kreuzschmerzen, Stuhlgang und Urinlassen erschwert. Aus dem kleinen Becken steigt ein Tumor herauf, der hauptsächlich die linke Bauchhälfte ausfüllt und nach oben bis fast an den Nabel heranreicht. Ein linkes Scheidengewölbe fehlt. Die kleine Portio ist hoch oben im rechten Scheidengewölbe zu fühlen; sie geht in eine kindskopfgroße, unbewegliche, länglich-ovale Geschwulst über.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Der Tumor erweist sich als ein erweichtes, von außerordentlich zahlreichen Venen umgebenes Myom, das linksseitig neben dem Uterus ins Parameterium hinein entwickelt ist und den Uterus ganz nach rechts gedrängt hat. Der Geschwulst sitzt vorn die Blase, welche bis zur halben Nabelhöhe hinaufreicht, kappen-

mig auf. Nachdem durch einen Querschnitt durch das itoneum die Blase von der Geschwulst getrennt ist und Geschwulstbett frei liegt, gelingt es leicht, die erweichte schwulst auszuschälen. Eine starke Blutung wird durch ße Umstechungen gestillt. Das Geschwulstbett wird hierauf den unteren Wundwinkel eingenäht und das Peritoneum rall sorgfältig gegen die mit Vioformgaze austamponierten schwulstteile abgeschlossen.

Am 70. Tage auf Wunsch gebessert entlassen.

108) 27j. nullipara.

Indikation: Seit längerer Zeit atypische Blutungen. Links en dem corpus uteri tastet man einen von ihm ausgehen- n Tumor.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Aus der vorderen nd des Uterus wird ein faustgroßes Myom in typischer ise enukleiert.

Fieberfrei; Am 47. Tage geheilt entlassen.

109) 48j. nullipara.

Indikation: Starke Kreuzschmerzen. Man tastet im Leibe e harte bewegliche, mannskopfgroße Geschwulst, welche den Uterus übergeht.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Es findet sich ein nnskopfgroßer, harter, völlig intraligamentär entwickelter mor, der an seiner Vorderfläche die Blase mit in die Höhe nommen hat. Spaltung des Ligamentes und Ausschälung s Tumors aus demselben. Abklemmung, Abtragung und terbindung des zu dem Uterus führenden Stieles. Durch nnähen des Uterus in die Wunde des Peritoneums, durch rschluß des Peritoneums oberhalb dieser Stelle wird die uchhöhle geschlossen.

Fieberfreier Verlauf. Am 18. Tage geheilt entlassen.

110) 45j. IX para (3 Aborte).

Indikation: Leibschmerzen, Drängen nach abwärts. Blutdrang nach dem Kopf. Von der hinteren Muttermundslippe

geht ein länglicher, etwa faustgroßer weicher Tumor aus, dessen Spitze fast bis zum Introitus vaginae reicht.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Von der Scheide aus erfolgt die Enukleation des Myoms.

Fieberfrei. Am 17. Tage geheilt entlassen.

111) 30j. I para (1 Abort).

Indikation: Blutiger, schleimiger Ausfluß, Kreuzschmerzen und Schmerzen beim Stuhlgang. In dem etwa kindskopfgroßen Uterus tastet man eine, sein ganzes Innere ausfüllende Geschwulst, deren Stiel von der vorderen Wand ausgeht.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Spaltung der vorderen Cervixwand von der Vagina aus und Ausschälung des Myoms. Patientin hat etwas übelriechenden, eitrigen Ausfluß. Am 17. Tage geheilt entlassen.

Myomotomien im engeren Sinne, d. h. Abtragungen gestielter Tumoren, fanden viermal statt. Dreimal nach Eröffnung der Bauchhöhle, einmal von der Vagina aus:

112) 36j. I para.

Indikation: Vorübergehender blutiger Ausfluß. Schmerzen in der Unterbauchgegend. Links neben dem retroflektierten Uterus tastet man einen kindskopfgroßen, gut abgrenzbaren, schwer beweglichen Tumor, der tief in den Douglas hinabreicht und sich weich anfühlt.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Die Geschwulst hängt durch einen fingerdicken Stiel mit dem Muskelgewebe der Vorderfläche des Uterus zusammen. Der Stiel wird abgeklemmt, die Geschwulst abgetragen. Das rechte Ovarium erweist sich mit cystischen Hohlräumen durchsetzt und wird entfernt. Nach Unterbindung der Gefäße und nach Vernähung der Serosa der Stielfläche wird die Bauchhöhle geschlossen. Da der Uterus vorher retroflektiert war, wird das linke lig. rotundum mittels einer Seidennaht an die Fascie fixiert.

Fieberfrei. Am 19. Tage geheilt entlassen.

113) 30j. nullipara.

Indikation: Kreuz- und Unterleibsschmerzen. Unregeläßigkeiten in der Menstruation. Abdomen in den unteren artien durch einen aus dem Becken heraufsteigenden Tumor orgewölbt. Derselbe reicht bis zum Nabel, ist glatt und ındlich. Die Vaginalportion ist klein, nach hinten verdrängt.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Bei der Entwicklung er Geschwulst findet sich, daß dieselbe mit einem dünnen tiel vom fundus uteri ausgeht. Der ca. 2 cm dicke Stiel des ıyomatösen Tumor wird umschnitten und abgetragen.

Fieberfrei. Am 28. Tage geheilt entlassen.

114) 37 j. nullipara (1 Abort).

Seit der Fehlgeburt vor 12 Jahren ständige Schmerzen im nterleib. Verdacht auf Blinddarmentzündung und diesbeigliche Behandlung. In dem Knickungswinkel zwischen ervix und corpus uteri tastet man einen walnußgroßen, harten icht druckempfindlichen Tumor.

Operation: (Herr Geh.-R. Bumm.) Vor dem Uterus sitzt in 7 cm langes, 4 cm breites Myom, das mit ihm durch einen ngerdicken Stiel in Verbindung steht. Abtragung und Überähung, Schluß der Bauchwunde.

Fieberfreier Verlauf. Am 17. Tage geheilt entlassen.

115) 36 j. I para (1 Abort).

Indikation: Starke Blutungen. Kreuzschmerzen. Drängen n den Genitalien. In der Scheide liegt ein faustgroßer, harter 'umor mit glatter Oberfläche, die stellenweise bläulich verärbt ist. An den Seiten kann der palpierende Finger am 'umor vorbei bis in den Muttermund gelangen.

Operation: (Herr Dr. Rieck.) Durchschneiden des Stiels m äußeren Muttermund. Die Geschwulst von Faustgröße vird aus der Scheide entfernt. Es zeigt, daß der Stiel von ler linken Seite des Cervixkanales ausgeht. Abtragung und /erschorfung.

Leichter Temperaturanstieg. Am 30. Tage geheilt entassen.

Zum Schluß ist noch eine Probelaparotomie zu erwähnen,

im Verlauf deren sich die Inoperabilität des von außen getasteten Tumors herausstellte:

116) 29j. nullipara.

Indikation: Seit 3 Jahren allmähliches Anschwellen des Leibes. Es bestehen ziehende Schmerzen, die vom Kreuz her in den Leib ausstrahlen. Man tastet einen großen Tumor, der fast bis zum Nabel reicht, höckerig ist und einerseits mit der Portio, andererseits auch mit einem zweiten Tumor in Verbindung zu stehen scheint, der den hinteren Douglas ausfüllt.

Operation: (Herr Dr. Liepmann.) Es stellt sich heraus, daß, abgesehen von dem Myom, das ganze große Becken, wie der hintere Douglas mit weichen, zerreißlichen, blutiges Serum enthaltenden Tumormassen angefüllt ist. Alle diese Tumoren aber sind so fest mit den Darmschlingen und dem Netz verwachsen, daß von einer weiteren Operation Abstand genommen wird.

Am 22. Tage ungeheilt entlassen.

Der Versuch, eine Mortalitätsziffer auch für die Uterusamputationen zu ermitteln, scheitert an der geringen Zahl der auf diesem Wege ausgeführten Operationen.

Was das Alter der Patientinnen anbetrifft, die wegen eines myomatösen Uterus von 1904—1908 in der Klinik operiert wurden, so waren zwischen

21—30	Jahren	9
31—40	„	25
41—50	„	77
51—60	„	5
		116

Von diesen 116 Fällen mußten 4 nach der Psychiatrischen-Nerverklinik verlegt werden (Fall 10, 14, 19, 20). 2 Fälle wurden auf Wunsch als gebessert entlassen (42 u. 108). 2 Fälle verließen die Klinik ungeheilt, der eine auf Wunsch am

. Tage mit einer Cystitis, der andere, weil sich der Tumor s inoperabel erwiesen hatte:

Ferner sind insgesamt 5 Todesfälle zu verzeichnen (3, 46, , 68, 101), die ersten vier nach Totalexstirpation des Uterus, er letzte nach supravaginaler Amputation. Aber wie schon ei jenen 2 Fälle ausgeschaltet werden konnten, bei denen er Tod wohl nicht eine Folge der Operation war, so bestand uch schon bei dem letzten Fall seit der acht Tage vor der peration stattgehabten Zangengeburt ein kontinuierliches ieber.

103 Patientinnen verließen die Klinik geheilt, 15 davon atten leichte Temperaturen, 89 blieben fieberfrei.

Die Entlassung erfolgte bei:

abdominaler Totalexstirpation	zwischen	dem	16—64	Tage,
vaginaler „ „	„	„	12—37	„
supravaginaler Amputation	„	„	24—36	„
Enukleation	„	„	17—47	„
Abtragung gestielter Tumoren	„	„	17—30	„

Beide Adnexe wurden insgesamt 20 mal entfernt. Der chuchard'sche Paravaginalschnitt mußte zweimal in Anendung gebracht werden.

Es sei noch eine Zusammenstellung beigefügt, in welcher ir zum Vergleiche die Erfolge der abdominalen und aginalen Totalexstirpation, wie sie von anderen Operateuren eröffentlicht worden sind, vorfinden:

Adominale Totalexstirpationen nach Döderlein - Krönig, Operative Gynaekologie.

Operateur	Zahl der Fälle	Zahl der Todesfälle	Mortalitätsprozent
W. Polk	24	1	4,17
H. Bold	77	9	11,69
Dipiart (Op. Rontier)	22	4	18,18
S. S. Caboche (Op. Nélaton & Reclus	30	3	10
Snegirueff.	83	4	4,82
Martin	81	6	7,41
Freund	10	1	10
Deletrez	31	3	9,68
Péan	120	7	5,83
Martin	30	8	26,67
Schauta	106	16	15,09
Doyen	25	1	4
Zweifel	16	2	12,5
v. Rosthorn	56	9	16,07
J. A. Amann	30	1	3,33
L. Landan	32	0	—
Czempin	23	1	4,35
Thorn	21	3	14,29
Carle	129	6	. 4,65
Schwarzenbach	46	11	23,91
Martin	26	5	19,23
Hofmeier	14	5	35,71
Bumm	82	5	6,1
Spencer	14	0	—
Treub	36	6	16,67
Kannegieser	75	6	8
Döderlein	170	6	3,53
v. Franqué	46	0	—
Bumm	56	3	5,36

Vaginale Totalexstirpation nach Detert: „Ueber 100 inale Totalexstirpationen des myomatösen Uterus". Inaug.-s. Bonn 1905.

Operateur	Zahl der Fälle	Zahl der Todesfälle	Martalitätsprozent
nm	96	0	—
obak	73	5	6,85
derlein	33	8	24,24
en	42	0	—
zfeld	116	1	0,94
fmeyer	51	1	1,96
obs	42	3	7,14
pold	151	6	3,97
rtin	34	0	—
Ott	210	7	3,33
nnenstiel	43	2	4,65
Rosthorn	26	1	3,85
auta	148	5	3,45
orn	70	2	2,86
rth	41	1	2,44
rtheim	144	0	—
eifel	19	1	5,26
tsch	100	3	3
n Franqué	44	4	9,09
mm	44	1	2,27

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn heim-Rat Bumm für die gütige Ueberlassung des Themas dieser Arbeit, sowie Herrn Privatdozent Dr. Liepmann für vielfache, liebenswürdige Unterstützung bei derselben einen aufrichtigsten Dank zu sagen.

Literatur.

1. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie LIX. pg. 572 ff.
2. Döderlein-Krönig: Operative Gynaekologie. Leipzig 1905. pg. 376.
3. Detert: „Ueber 100 vaginale Totalexstirpationen des myomatösen Uterus". Med.-Diss. Bonn 1905.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Wilhelm Thau, geboren am
. Juli 1883 zu Ziegenhals, Kreis Neiße, evangelisch, Sohn
s Kgl. Oberzollrevisors, Hauptmann a. D., August Thau,
ielt seine wissenschaftliche Vorbildung auf den huma-
tischen Gymnasien zu Ratibor und Thorn. Dieses ver-
ß er Ostern 1903 mit dem Zeugnis der Reife, um vom
April 1903 bis zum 30. September 1903 bei dem Grenadier-
giment König Friedrich III. (2. Schlesisches) No. 11 in
eslau seiner Dienstpflicht mit der Waffe zu genügen. In
Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungs-
sen aufgenommen, bestand er am 7. März 1906 seine
tliche Vorprüfung. Am 1. Oktober 1908 wurde er zum
terarzt im 4. Schlesischen Infanterie-Regiment No. 157 er-
nnt und zur Ableistung seines praktischen Jahres an das
nigl. Charité-Krankenhaus zu Berlin kommandiert. Ende
nuar 1910 bestand er die ärztliche Prüfung.
